La santé en actions

Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être

2003-2006

Rapport de consultation

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

106-06192/

Le **Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006, « *La santé en actions* » - Rapport de consultation,**
est une production du Service des communications – Direction de l'information et de la planification de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal.

Note : Dans ce texte, le masculin est pris dans son sens générique et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Éditeur
Louis Côté, Directeur de l'information et de la planification

Comité de coordination
Mike Benigeri
André Bergeron
Michèle Bérubé
Deborah Bonney
Loraine Desjardins
Évelyne Joyal

Collaboration à la rédaction
Bernard Lévy
Claire Saint-Georges

De la Régie régionale
Christiane Asselin
Louise Bélanger
André Bergeron
Denis Boivin
Jean Cloutier
Martine Cloutier
Claude Doyon
Louise Gagné
André Giroux
Roger Laroche
Louis Morache
Hélène Perrault
Francine Vincelette

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2003
Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, 2003
ISBN 2-89510-128-0

Ce document est disponible
- aux services documentaires de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
  Téléphone : (514) 286-5604
- sur le site Web de la Régie régionale de Montréal-Centre :
  www.santemontreal.qc.ca

Tous les avis présentés à la Régie régionale sont aussi disponibles sur le site Web de la Régie.

Rapport de consultation

Plan montréalais d'amélioration
de la santé et du bien-être *2003-2006*

Préambule

Le présent rapport porte sur la consultation relative au Plan stratégique de la santé et des services sociaux 2003-2006 préparé par la Régie régionale de Montréal-Centre. Il faut d'emblée préciser qu'il ne s'agit pas d'un résumé des quelque 120 fiches de synthèse produites par l'équipe de rédacteurs internes chargés d'assister aux diverses activités de consultation et d'en rapporter les propos le plus fidèlement et chargés d'analyser les avis écrits présentés par les diverses parties prenantes du milieu montréalais de la santé. La tâche des rédacteurs a principalement consisté à consigner dans des fiches standardisées les points de convergence, les points de divergence, ainsi que les faits saillants et les idées nouvelles des personnes ou des organismes sollicités pour donner leur point de vue sur les six grandes priorités montréalaises et les six défis de gestion établis par la Régie régionale dans le plan triennal.

C'est donc selon ces grandes lignes que s'est élaboré une synthèse générale préparée à partir de l'analyse des diverses fiches de synthèse. Le présent rapport de consultation se veut une mise en perspective de l'information consignée dans ces fiches. Nous invitons les lecteurs à se rapporter au texte des avis pour prendre connaissance de leur intégralité des opinions, idées et propositions transmises à la Régie régionale. Tous les avis sont disponibles sur le site Web de la Régie (www.santemontreal.qc.ca).

Table des matières

PRÉAMBULE II

TABLE DES MATIÈRES III

INTRODUCTION 1

OBJECTIFS DE LA CONSULTATION 2

UNE CONSULTATION POPULAIRE 2

PRIORITÉS MONTRÉALAISES 2003-2006 3

5.1 RÉDUIRE L'IMPACT DES INÉGALITÉS SOCIALES SUR LA SANTÉ PAR DES ACTIONS EFFICACES DE PRÉVENTION 6

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX : 7

Pour les convergences 8
Les principes directeurs 8
Les conditions de réalisation 8
Pour les divergences 9
Divergences spécifiques du secteur communautaire 9
Divergences à propos du processus 10
Pour les idées nouvelles 10
Pour les axes d'intervention 10

5.2 APPORTER, EN PARTENARIAT, DES SOLUTIONS ADAPTÉES AUX PROBLÉMATIQUES SOCIALES MONTRÉALAISES 11

5.2.1 Jeunesse 11
5.2.2 Problèmes sociaux montréalais 14
5.2.3 Alcoolisme et toxicomanie 17

5.3 DÉVELOPPER UN RÉSEAU DE SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE TISSÉ SERRÉ AUTOUR DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF) 17

5.3.1 Implanter 58 groupes de médecine de famille (GMF) d'ici 2006 18
5.3.2 Offrir, dans tous les CLSC, des services de base uniformes et accessibles 7 jours sur 7, pour un total de 80 heures 20

5.4 ASSURER L'ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX ET HOSPITALIERS À L'INTÉRIEUR DES DÉLAIS RECOMMANDÉS 23

5.4.1 Services d'urgence 24
5.4.2 Assurer l'accès aux services médicaux spécialisés à l'intérieur des délais cliniquement recommandés 27
5.4.3 Plan d'organisation des services médicaux spécialisés et mise sur pied de réseaux universitaires intégrés en santé 28

5.5 DÉVELOPPER DES PROGRAMMES ET DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS À L'INTENTION DES CLIENTÈLES VULNÉRABLES 29

5.5.1 Réseau de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie 30

5.5.2 Réseau de services intégrés pour les personnes atteintes de maladies chroniques évolutives 32
5.5.3 Réseau de services intégrés en oncologie et en soins palliatifs 33
5.5.4 Réseau de services intégrés pour les personnes vivant avec le VIH-SIDA et les personnes à risque d'être infectées 33
5.5.5 Réseau de services intégrés pour les adultes ayant des problèmes de santé mentale 34
5.5.6 Réseau de services intégrés pour les adultes présentant un trouble envahissant du développement (TED) 37
5.6 SE DOTER DE PLANS RÉGIONAUX D'ORGANISATION DES SERVICES DANS QUATRE SECTEURS PRIORITAIRES 37
5.6.1 Plan régional d'organisation des services d'hébergement et de soins prolongés 38
5.6.2 Plan régional d'organisation des services en déficience physique 40
5.6.3 Plan régional d'organisation des services en déficience intellectuelle 42
5.6.4 Plan régional d'organisation des services en périnatalité 44
5.6.5 Actions à retenir et à transférer au chapitre de la périnatalité 46
5.6.6 Actions à améliorer 46
5.7 INTÉGRATION DES BESOINS DES FEMMES À LA PLANIFICATION RÉGIONALE DES DIFFÉRENTS CONTINUUMS DE SOINS ET DE SERVICES 47
5.8 LE RESPECT DES CARACTÉRISTIQUES LINGUISTIQUES ET CULTURELLES DE LA POPULATION 49
5.8.1 Clientèle anglophone 50
5.8.2 Clientèle immigrante 51
6. ACTION INTERSECTORIELLE, INTÉGRATION DES SERVICES ET APPROCHE TERRITORIALE 52
7. DÉFIS DE GESTION 2003-2006 53
7.1 IMPLANTER DE NOUVEAUX OUTILS DE GESTION ORIENTÉS VERS L'ATTEINTE DE RÉSULTATS MESURÉS À PARTIR D'OBJECTIFS PRÉALABLEMENT FIXÉS, LA TRANSPARENCE ET L'IMPUTABILITÉ 53
7.1.1 Les ententes de gestion avec les établissements 53
7.1.2 Évaluer pour s'améliorer 55
7.2 S'ASSURER DE LA DISPONIBILITÉ ET DE LA MOBILISATION DES MÉDECINS 55
7.2.1 Médecins généralistes 55
7.2.2 Médecins spécialistes 56
7.3 S'ASSURER DE LA DISPONIBILITÉ ET DE LA MOBILISATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE 57
7.4 RENDRE ACCESSIBLE LES SYSTÈMES ET LES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION NÉCESSAIRES AU TRAVAIL EN RÉSEAU DES PROFESSIONNELS ET À UNE GESTION BASÉE SUR DES DONNÉES PROBANTES 59
7.5 MAINTENIR ET RENFORCER LES PARTENARIATS STRATÉGIQUES AU SEIN DE LA COMMUNAUTÉ MONTRÉALAISE 61
7.6 DÉVELOPPER DES STRATÉGIES DE FINANCEMENT FAVORISANT UNE GESTION OPTIMALE DES RESSOURCES ET LA RÉALISATION DES PRIORITÉS D'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE 2003-2006 62
8. L'INDISPENSABLE TRANSPORT ADAPTÉ 63
CONCLUSION 63

ANNEXE A : LISTE DES ORGANISMES INSCRITS AUX AUDIENCES PUBLIQUES AYANT PRÉSENTÉ UN AVIS ÉCRIT SUR LE PLAN TRIENNAL..... 65

ANNEXE B : TABLEAUX DES ACTIVITÉS RÉALISÉES EN DATE DU 5 MAI 2003 69

ANNEXE C : SOMMAIRE « LA SANTÉ EN ACTIONS » PLAN D'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE 2003-2006 72

ANNEXE D : RESSOURCES FINANCIÈRES ADDITIONNELLES REQUISES POUR RÉALISER LE PLAN STRANTÉGIQUE 2003-2006 « LA SANTÉ EN ACTIONS » 73

Introduction

La Régie régionale a entrepris une démarche visant à doter Montréal d'un nouveau plan stratégique en matière de santé et de bien-être pour la période allant du printemps 2003 au printemps 2006.

Le projet soumis à la consultation : « *La santé en actions* », proposait six priorités pour améliorer l'état de santé et de bien-être de la population montréalaise. Il visait à répondre aux particularités d'une métropole comme Montréal, tout en répondant aux priorités nationales en matière de santé et de services sociaux.

Le plan stratégique proposé intégrait quatre volets : l'organisation des services, la santé publique, l'organisation des services médicaux généraux et celle des services médicaux spécialisés. Il présentait enfin des propositions visant à relever les défis de gestion auxquels est confronté le réseau montréalais de la santé et des services sociaux.

Avant d'amorcer la consultation régionale sur le projet de plan stratégique 2003-2006, la Régie régionale a diffusé, en novembre, décembre et janvier dernier, le bilan du plan stratégique 1998-2002 « *Défi de l'accès* » et le rapport du directeur de santé publique sur l'état de santé de la population montréalaise « *La santé urbaine* ». La présentation de ces deux rapports a fait l'objet d'une tournée des sous-régions de Montréal par le président-directeur général.

Par la suite, la Régie régionale a réalisé, au cours des mois de février, mars et avril 2003, une vaste consultation auprès de nombreux publics cibles : regroupements d'établissements et d'organismes communautaires, milieu médical, syndicats, associations de cadres, groupes de citoyens et organismes socio-économiques, directeurs d'établissements et professionnels travaillant en réseau, médecins omnipraticiens et spécialistes, comités d'usagers, ordres professionnels. Ces publics cibles ont été invités à prendre part à des forums interactifs, à des rencontres d'échange et de consultation, à des ateliers thématiques, à des groupes de réflexion, à répondre à des questionnaires et des sondages par téléphone ou par Internet, ou encore à soumettre des avis écrits.

De plus, des activités de consultation ont permis de rejoindre plusieurs des principaux partenaires régionaux du réseau sociosanitaire : Ville de Montréal, universités, commissions scolaires, collèges, Conseil régional de développement de l'île de Montréal (CRDIM).

Objectifs de la consultation

La Régie régionale visait ainsi à prendre le pouls du milieu montréalais de la santé de manière à obtenir des rétroactions éclairantes de la part des acteurs et des intervenants de ce milieu représentés par leurs regroupements, ordres professionnels, associations, etc. Il faut ajouter aussi les usagers, par le biais de leurs comités respectifs, en un mot, de toutes les parties prenantes du système de santé montréalais.

La consultation au sujet du Plan stratégique 2003-2006 visait en outre à mobiliser l'ensemble du réseau montréalais autour des actions à mener pour améliorer l'état de santé de la population de la métropole et pour favoriser l'accès aux services de santé et aux services sociaux.

Une consultation populaire

Les activités d'information et de consultation prévues étaient nombreuses et diversifiées. On peut affirmer que la consultation a été très courue, le nombre d'inscriptions dépassant fortement les objectifs fixés pour chaque activité. Ce succès constitue un signe éloquent du grand intérêt que soulèvent le réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que l'organisation des soins de santé autant chez les citoyens que chez les acteurs et les intervenants. La période de recueil des avis sur les propositions soumises à la consultation a été précédée par une période d'information. À titre d'exemple, 2500 documents de consultation ont été distribués et la mise en ligne des documents d'information sur le site Web de la Régie régionale, le 4 mars dernier, a suscité 4054 visites et 14225 commandes d'impression. De plus, le président-directeur général a présenté le projet de plan stratégique lors de rencontres d'information et d'échange aux principaux organismes consultés : regroupements d'établissements, regroupements d'organismes communautaires, syndicats, universités, commissions scolaires,

CRDIM. Enfin, le projet a fait l'objet d'une présentation aux équipes éditoriales de La Presse, de la Gazette et du Devoir. La Régie régionale a reçu 99 avis écrits dont on trouvera la liste complète à l'annexe A. Un tableau détaillant les diverses activités de consultation, l'objectif d'assistance prévu et le nombre d'inscriptions enregistrées pour chacune des activités se trouve en annexe B.

Malgré cette participation très importante nous ayant apporté plus de 1000 pages de commentaires et suggestions, plusieurs organismes provenant du milieu communautaire ont exprimé leur mécontentement quant aux délais trop courts, selon eux, et quant à la difficulté qu'ils ont eue a obtenir la documentation dans certains cas.

Priorités montréalaises 2003-2006

De façon générale, les priorités proposées reçoivent un accueil favorable dans plusieurs milieux. L'éditorial du 6 mars de la Gazette, intitulé « De bonnes idées sur la santé », illustre cette tendance.

« ... Levine et son groupe, par exemple, ont suggéré de mettre sur pied un réseau d'accès rapide... Ceci semble être une bonne idée, même qu'on aurait dû l'avoir déjà. Pour réduire les délais d'attente, Levine suggère d'autres mesures que nous aimons. Il veut centraliser certaines procédures chirurgicales dans quelques-uns des plus petits hôpitaux non universitaires comme L'Hôpital St.Mary et le Centre hospitalier de Lachine...

Tout ceci fait du sens comme plusieurs des autres idées du plan mis de l'avant par Levine. »

La Gazette, comme La Presse, sont préoccupés par le défi de gestion que pose la pénurie de main-d'œuvre dans plusieurs secteurs clés du réseau.

Ce point est partagé par plusieurs acteurs : La Conférence régionale de l'Association des hôpitaux du Québec :

« ... Les membres de la Conférence régionale souscrivent dans l'ensemble aux orientations proposées dans le Plan 2003-2006.

...Cependant, bien que certains investissements semblent être au rendez-vous, nous croyons que les contraintes apportées par la pénurie des ressources humaines (infirmières et médecins et autres professionnels), ainsi que les immenses besoins en ressources matérielles, informationnelles et financières risquent fortement d'en contrecarrer la mise en œuvre sinon d'en retarder la réalisation. »

Pour ce qui est de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont :

« ... Comme partenaires du réseau de santé montréalais, nous souscrivons entièrement aux six grandes priorités montréalaises présentées. Nous sommes donc solidaires à la réalisation de ces priorités et croyons que les résultats escomptés permettront une amélioration significative des services adaptés aux besoins grandissants d'une population vieillissante et aux besoins de clientèles vulnérables. »

Les centres de réadaptation en déficience intellectuelle :

« ... En ce sens, les centres de réadaptation en déficience intellectuelle de Montréal veulent souligner la pertinence des six grandes priorités que la Régie régionale de Montréal -Centre propose de retenir et considèrent que la Régie régionale s'adresse aux principales questions relatives à l'organisation et à la dispensation des services de santé et des services sociaux dans la région. »

La Commission infirmière régionale :

« ... D'entrée de jeu, la CIR adhère aux priorités du plan d'action et félicite la RRMC pour ce travail colossal. »

La Commission multidisciplinaire régionale :

« ...De façon générale, les membres sont plutôt en accord avec le plan proposé. »

D'autre part, le projet de plan stratégique mis de l'avant est critiqué dans ses fondements mêmes par le milieu communautaire :

Le Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (RIOCM) :

« ... Parmi les postulats à la base de l'analyse de la Régie, on retrouve ceux prônés par le gouvernement du Québec qui a choisi de répondre aux impératifs néolibéraux imposés par la Banque mondiale, l'OCDE, et autres lieux de pouvoirs économiques mondiaux. Les six stratégies néolibérales prônées par la Banque mondiale en 1997 pour démanteler les services publics (le défaut de ressources, la déréglementation, la décentralisation, la tarification, la privatisation et la communautarisation) sont en effet appliquées presque religieusement tant par le MSSS que par la Régie régionale...

... L'imposition de paramètres d'action du haut vers le bas, le découpage administratif de l'action des organismes communautaires autonomes par territoire de CLSC, et leur inscription dans des plans locaux d'organisation des services sont donc des affronts au respect de l'autonomie des organismes communautaires autonomes. »

Plusieurs avis émanant du milieu syndical expriment des inquiétudes quant à une privatisation accrue de la livraison des services.

L'association professionnelle des technologistes médicaux du Québec (APTMQ) :

« ... Advenant le cas où la Régie régionale de Montréal-Centre opte pour transférer au secteur privé les services diagnostiques de laboratoire, nous en conclurons que les lobbys de l'entreprise privée auront eu préséance auprès des décideurs et cela, possiblement depuis déjà quelques années. Chose certaine, l'APTMQ ne participerait pas à une telle démarche, mais en dénoncera plutôt les impacts négatifs pour la population payeur de taxes...

... Si l'objectif véritable de la Régie régionale est d'améliorer l'accès aux services diagnostics pour les soins de 1ère ligne et ce, au meilleur coût possible, le seul choix possible pour ce faire est d'améliorer à partir des bases existantes présentement et qui ont largement fait leur preuve en terme de coût et d'accessibilité. À cette démarche, l'APTMQ collaborera... »

Le conseil central de la CSN :

« ... De toute évidence, en ciblant les « clientèles vulnérables » en santé physique on s'apprête à alourdir la première ligne de façon considérable en développant une approche privée des services et en proposant la création de groupes de médecine familiale... »

La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec :

« ... Les six priorités énoncées dans le plan triennal 2003-2006 nous apparaissent incontournables puisqu'elles tentent de cerner et de répondre aux besoins en santé d'une population urbaine et diversifiée. En l'occurrence, les points 1 et 2 du chapitre 5 semblent englober et tenir compte des réalités montréalaises qui ont un impact majeur sur la santé et sur l'offre de services...

... En effet, les problématiques sociales telles que la jeunesse en difficulté, la violence, la prostitution, l'itinérance, le logement social, le jeu pathologique, l'alcoolisme et la toxicomanie doivent être prises de front et abordées en partenariat afin de créer une synergie mobilisatrice...

... Afin que les services diagnostiques soient rapidement accessibles en première ligne, la Régie prévoit de négocier des achats de services avec des laboratoires privés, des cliniques de radiologie (document de consultation, p. 38)...

... Qu'arrivera-t-il des services de laboratoires et de radiologie une fois ce plan triennal expiré ou lors d'un changement de gouvernement ? Une fois que le secteur privé aura développé et créé la dépendance du réseau public, assisterons-nous à une hausse des prix pour l'achat de ces services ? Cette proposition nous semble correspondre à une privatisation passive du système de santé et des services sociaux. «

5.1 Réduire l'impact des inégalités sociales sur la santé par des actions efficaces de prévention

La première priorité mise de l'avant dans le plan stratégique 2003-2006 a aussi fait l'objet d'une consultation spécifique dans le cadre de l'élaboration du Plan d'action montréalais en santé publique que la Régie doit adopter conformément aux exigences de la nouvelle loi de la santé publique.

Cette proposition s'inscrit donc dans le cadre de la planification stratégique régionale et constitue un des piliers du Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être pour la période 2003-2006 de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal.

Les six axes d'intervention en santé publique sont :

Axe 1 : La réduction des inégalités sociales de la santé et un engagement confirmé auprès des communautés et des milieux de vie;

Axe 2 : L'intégration des mesures préventives efficaces dans les pratiques médicales et professionnelles;

Axe 3 : La réduction des problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des enfants, des jeunes, des adultes et des personnes âgées;

Axe 4 : La prévention des maladies et des traumatismes ayant un impact mesurable;

Axe 5 : La prévention et la vigie sanitaire concertées des menaces réelles ou appréhendées dues à des agents biologiques, chimiques ou physiques;

Axe 6 : Une connaissance approfondie de l'état de santé globale de la population et de ses déterminants.

Pour animer la consultation en santé publique, la Régie régionale a demandé au Conseil régional de développement de l'Île de Montréal (CRDÎM) de mettre en place un « Forum des partenaires en santé publique ». Tous les éléments provenant des activités de consultation ont servi de base de discussion à ce Forum des partenaires, qui remettra un rapport final et des recommandations à la Régie régionale à la mi-mai.

Commentaires généraux :

Les commentaires présentés ici proviennent des différentes activités de consultation menées entre le 11 mars et le 17 avril derniers. En tout, 350 personnes ont participé aux ateliers thématiques organisés sur les axes 1, 3, 4 et 5 et 85 avis ont été revus. L'ensemble de ce contenu a été analysé. À la suite des sondages menés auprès des omnipraticiens de la région et du personnel du réseau de la santé et des services sociaux, les 291 questionnaires complétés par les omnipraticiens ont été aussi analysés ainsi que les 211 soumis par le personnel du réseau. Finalement, les commentaires en lien avec La prévention en actions émis lors des Forums

interactifs sur la jeunesse et la santé mentale et le Forum des comités d'usagers ont été aussi colligés.

Les commentaires émis ici de façon synthétique seront formulé sous forme de recommandations dans le rapport final du Forum.

Pour les convergences

Tous les éléments de convergences soulignés lors des consultations ont été regroupés sous deux thèmes : les principes directeurs et les conditions de réalisation.

Les principes directeurs

- Respecter la personne dans son intégrité et dans ses choix sans blâmer
- Respecter les activités de la base et la concertation locale
- Adapter les interventions à la réalité multiculturelle de Montréal
- Favoriser une approche souple de la santé publique : ancrée dans les milieux de vie, valorisant la contribution des personnes et davantage intégrée
- Reconnaître l'autonomie et l'importance du travail accompli par le milieu communautaire
- Développer les nouvelles interventions en tenant compte de ce qui existe déjà
- Faire connaître et partager les pratiques et les expériences réussies
- Inscrire l'analyse différenciée selon les sexes en toile de fond pour toutes les problématiques retenues et maintenir des actions spécifiques pour les femmes ayant des conditions vulnérables
- Reconnaître la responsabilité collective face à la santé et travailler en intersectorialité

Les conditions de réalisation

- Assurer un soutien financier aux organismes communautaires
- Assurer un financement récurrent pour les tables montréalaises de concertation en violence faite aux femmes
- Reconnaître les organismes communautaires comme des partenaires majeurs
- Préconiser une offre de services préventifs de base concordante entre les territoires de CLSC et les territoires des écoles
- Accroître les collaborations avec la Ville et en faire un partenaire privilégié

- Assurer des mécanismes permettant la participation d'organismes en lien avec les personnes âgées et les personnes handicapées
- Développer des plans d'intervention concertées sur la base des territoires
- Considérer une plus grande accessibilité aux services préventifs pour les personnes handicapées
- Favoriser le transfert d'expertise, l'arrimage avec les milieux de recherche et l'accès aux ressources budgétaires
- Favoriser le virage prévention mais non le virage communautaire
- Assurer la sensibilisation et la formation des intervenants au regard de la réalité gaie et lesbienne

Pour les divergences

- Déception et inquiétude d'intégrer la périnatalité au volet jeunesse, dossier considéré comme urgent
- Le document ne favorise pas une compréhension globale et intégrée des problèmes qui touchent les femmes, dont la violence
- Assurer le financement aux territoires en tenant compte du nombre absolu et non uniquement du pourcentage de personnes pauvres
- Jamais les jeunes adultes des collèges ne sont ciblés ou priorisés
- Les choix d'objectifs et de cibles relèvent d'une orientation plus médicale que communautaire
- On s'interroge sur la pertinence de comparer Montréal aux autres grandes villes
- En désaccord avec l'approche qui vise uniquement les facteurs de risque et à contrer les problèmes, danger de «sur-ciblage à outrance» et «d'interventions acharnées». On opte pour une approche visant le développement global des personnes et de leur communauté et le développement d'approches systémiques de la pauvreté

Divergences spécifiques du secteur communautaire

- On conteste le fait que les institutions s'engagent dans le développement des communautés; cela ne relèverait pas de leur mandat
- On conteste la mise sur pied par les institutions de groupes ou de tables de concertation pour répondre aux objectifs du plan.
- On déplore la vision hiérarchique du partenariat qui confine le milieu communautaire dans un rôle d'exécutant.

- On s'oppose à une évaluation strictement quantitative répondant à des impératifs de gestion comptable du réseau

Divergences à propos du processus

- Cet exercice apparaît comme une consultation afin de corroborer un plan d'action déjà déterminé
- La DSP ignore l'opinion des citoyen(ne)s et cite les organismes communautaires dans son document sans les avoir consultés au préalable
- Il y a confusion dans les processus de consultation entre la Régie, la DSP et le CRDÎM. Des réserves sur la participation du CRDIM
- Documents de consultation douteux, pas conformes entre eux
- Soumettre les préalables à la consultation et non uniquement les axes, les cibles et les objectifs
- Processus de consultation précipité
- La consultation en «silos» constituait un frein à la participation des groupes communautaires qui ont peu de personnel
- Certains partenaires qui n'ont pas été consultés auraient souhaité l'être.

Pour les idées nouvelles

Certaines idées nouvelles ont été exprimées, notamment en ce qui concerne les défis. Ainsi, deux nouveaux défis ont été proposés :

- Réduire la violence envers les personnes
- Prévenir le suicide.

De plus, on a noté de fortes convergences pour unifier les défis 1 (clivage Nord-Ouest/Sud-Est) et 3 (conditions de vie précaires) en un seul qui se lirait comme suit :

- Réduire les inégalités sociales de la santé et du bien-être en améliorant les conditions de vie des familles, des tout-petits, des jeunes et des personnes âgées.

Pour les axes d'intervention

Les modifications concernant les objectifs et les cibles des axes d'intervention seront contenues dans le rapport final du Forum des partenaires.

5.2 Apporter, en partenariat, des solutions adaptées aux problématiques sociales montréalaises

Le Conseil régional de développement de l'île de Montréal (CRDIM) appuie la Régie régionale dans ses efforts visant à offrir des solutions adaptées aux problématiques sociales touchant en particulier les jeunes de l'Île de Montréal. Le CRDIM encourage la Régie régionale à poursuivre le développement de l'approche intégrée qui caractérise ses programmes et notamment ceux destinés aux enfants et aux familles, programmes établis en partenariat avec les autres intervenants institutionnels et communautaires.

5.2.1 Jeunesse

Les actions proposées dans le plan triennal concernent principalement :

- la promotion du développement et de l'adaptation sociale des tout-petits;
- la promotion du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale des jeunes;
- l'organisation des services aux jeunes;
- l'organisation des services en pédopsychiatrie.

Dans leur ensemble, tous les organismes et toutes les personnes consultés se déclarent unanimement favorables aux actions proposées. Les uns et les autres fondent beaucoup d'espoir sur les divers plans régionaux d'organisation des services (PROS) qui laissent présager l'harmonisation des partenariats, ainsi que les décloisonnements intersectoriels.

L'idée du *guichet unique 24 heures* destiné à l'accueil, à l'évaluation et à l'orientation des demandes de services psychosociaux pour les enfants, les jeunes et les familles, guichet dont l'implantation consoliderait les services de base des 29 CLSC de Montréal, est largement soutenue sauf par les centres jeunesse. Cette idée bénéficie de l'approbation sans réserve du Regroupement des CLSC.

Au sujet du volet *Jeunesse* du Plan, plutôt que de divergences, les intervenants font état de suggestions d'améliorations. Ainsi, en ce qui concerne la promotion du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale des jeunes :

Les Centres jeunesse recommandent d'ajouter aux résultats attendus la réduction de la négligence envers les enfants, car ce problème connaît une recrudescence à Montréal et plusieurs jeunes desservis sous le motif de troubles de comportement actuellement ont été les jeunes négligés. De plus, ils proposent l'élaboration, à Montréal, d'un PROS jeunesse, pour intégrer les différentes actions prévues auprès de la jeunesse sous un même chapeau.

- le Conseil régional de développement de l'Île de Montréal (CRDIM) attire l'attention de la Régie sur les jeunes issus des minorités visibles qui font face à des attitudes de discrimination
- les intervenants de l'un des comités d'usagers suggèrent d'accorder priorité au soutien des parents et de faire du *reaching out* auprès de certaines clientèles, notamment dans les écoles, qui ne se prévalent pas spontanément des services; ils remarquent encore que les jeunes de 6 à 11 ans sont négligés;
- « *la population étudiante des 17 à 25 ans est la grande oubliée de la prévention en actions* », s'exclame le Regroupement des collèges du Montréal métropolitain (cette population compte 50 000 jeunes adultes : le taux de suicide y est particulièrement alarmant);
- le Forum jeunesse estime qu'il est nécessaire et urgent que des logements sociaux soient construits à Montréal afin de réduire les inégalités; le Forum insiste auprès de la Régie pour que soient mises en place des mesures d'insertion sociale des personnes homosexuelles;
- la Ville de Montréal, quant à elle, suggère d'intensifier les efforts et les actions visant à décloisonner les services psychosociaux offerts aux jeunes afin de favoriser l'accessibilité et la continuité des services »;
- la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ) croit que le dépistage de la violence familiale et des troubles mentaux liés à la toxicomanie et à l'alcoolisme devrait être ajouté aux éléments de prévention applicables au public jeunesse cités dans le Plan.

En ce qui concerne le volet de promotion et d'adaptation sociale des tout-petits (périnatalité) :

- un comité d'usagers suggère d'harmoniser les services de base aux mères et aux jeunes enfants et de standardiser le programme OLO (oeufs, lait, oranges); il suggère aussi de promouvoir l'allaitement et de faire en sorte que les maisons de naissance et les services des sages-femmes constituent un choix possible pour celles qui le désirent;
- la Commission infirmière régionale croit que le plan régional d'organisation des services en périnatalité doit prendre en considération les résultats atteints par deux projets pilotes de sages-femmes avant d'élargir le programme à l'ensemble du réseau. Les infirmières en périnatalité s'inquiètent qu'aucun partenariat entre le réseau de la santé et les sages-femmes n'ait été créé. Le taux de mortalité de 7,3 / 1 000 naissances sur le territoire de Montréal semble élevé en comparaison avec celui des hôpitaux qui est de 4,5 / 1 000 naissances
- le Regroupement des centres de la petite enfance de l'île de Montréal déplore l'absence de références à ses centres dans le document de consultation; il note que les CLSC se disent dans l'impossibilité de répondre aux besoins des enfants de (0 à 5 ans) accueillis dans les Centres de la petite enfance (CPE);
- le Centre universitaire Mère-Enfant Sainte-Justine s'attend à ce que les trois pôles de services spécialisés en psychiatrie, les intervenants de première ligne, ainsi que les intervenants sociaux spécialisés (centres jeunesse, Direction de la protection de la jeunesse - DPJ et CPE) collaborent avec la Régie régionale à l'élaboration d'un PROS en pédiatrie; ce PROS mettra en relief le rôle ultraspécialisé du Centre hospitalier universitaire (CHU) en médecine fœtale, ainsi qu'en néonatalogie.

En ce qui concerne la pédopsychiatrie :

- les Hôpitaux psychiatriques de Montréal, par le truchement de leurs porte-parole, encouragent le maintien des services de pédopsychiatrie sectorisés pour l'ensemble des services de première et deuxième lignes; ils demandent de prévoir de véritables mesures de réinsertion dans la communauté;
- la Commission scolaire Marguerite-Bourgeois écrit : *« Nous accueillons sans réserve la proposition de désigner trois regroupements de services et départements de psychiatrie dont l'un dans l'Ouest de l'île de Montréal avec*

un mandat sectoriel en lien avec les autres équipes (cliniques externes, CLSC, etc.) »;

- le Forum interactif sur l'intégration des services jeunesse déclare : « Il faut augmenter les heures de disponibilité des médecins en centres jeunesse et considérer cette pratique médicale comme une des activités médicales particulières (AMP). » Il estime qu'il faut augmenter le ratio des équipes de sorte qu'il soit de quatre professionnels pour 10 000 jeunes;
- le Comité régional des services en milieu scolaire invite la Régie à éviter les dédoublements notamment entre les activités des CLSC, des Commissions scolaires et des centres d'emploi. Il souhaite qu'une clarification soit faite entre les demandes de services adressées aux CLSC (guichet unique) et les signalements à la DPJ. Il formule la recommandation suivante : *« Que la Régie régionale conçoive et soumette un modèle régional de services individualisés compatible avec celui déjà en place dans le réseau de l'éducation et que ce modèle amélioré soit assorti d'une formation pour l'appliquer ».* Le Comité demande de tenir compte de l'homosexualité chez les jeunes comme facteur à considérer dans l'incidence des suicides.

5.2.2 Problèmes sociaux montréalais

Montréal connaît une incidence élevée de problèmes sociaux : itinérance, prostitution, violence conjugale, agressions sexuelles, jeu pathologique, alcoolisme et toxicomanie. Ces problèmes, souvent interreliés, touchent de multiples façons les personnes concernées et leurs proches. En collaboration avec ses principaux partenaires, la Régie régionale doit déterminer les meilleures solutions à ces différents problèmes et les appliquer. À cette fin, elle propose une série d'actions ciblées.

Le Syndicat canadien de la fonction publique affilié à la FTQ se réjouit du fait que le Plan propose des actions intensives pour atténuer les problèmes sociaux montréalais. À ce sujet, des comités d'usagers sont d'avis qu'il faudrait que l'information soit adaptée selon la culture des diverses communautés en vue d'une meilleure sensibilisation. D'autres comités d'usagers déplorent que le financement des services soit basé seulement sur les personnes qui éprouvent des problèmes (alcoolisme, toxicomanie, jeu pathologique) sans prendre en compte les membres

de leur entourage (conjointe, enfants, etc.). Le Syndicat professionnel des diététistes et nutritionnistes du Québec est d'avis que les différentes problématiques sociales sont souvent associées à des facteurs nutritionnels et que ses membres pourraient agir comme personnes ressources auprès des intervenants sociaux et en qualité d'intervenants directs auprès de ces clientèles.

Trois organismes au moins estiment que la prévention contre la marginalisation et l'exclusion sociale devrait englober plusieurs clientèles cibles et ne pas se limiter à la jeunesse. Ainsi, la Commission multidisciplinaire régionale souligne qu'elle devrait s'étendre aux personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle. L'Équipe itinérance du CLSC des Faubourgs partage la même opinion et indique que les efforts de prévention doivent porter sur l'ensemble de la population itinérante et pas seulement la collectivité des jeunes. Ce groupe appuie l'objectif de la Régie régionale de consolider financièrement les services offerts par les ressources communautaires d'hébergement. Il est indispensable, selon l'Équipe itinérance du CLSC des Faubourgs, que la Régie se dote d'une politique de développement du logement social avec support communautaire.

De même, le Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal se dit en accord avec la priorité de prévention de l'itinérance auprès des jeunes mais, selon lui, cette priorité doit découler d'une approche globale de l'itinérance qui inclut femmes, hommes plus âgés, familles et immigrants. Le Réseau estime que certains moyens proposés, par exemple les actions en prévention, ne seront pas efficaces pour réduire les inégalités sociales et propose plutôt des actions tangibles tels le relèvement substantiel du revenu minimal, le financement d'un nombre suffisant de logements sociaux avec support communautaire et l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les personnes itinérantes.

Dans le domaine du logement justement, la Fédération des OSBL d'habitation de Montréal estime que les moyens proposés manquent nettement de cohérence et qu'il convient de mettre en place rapidement le programme de support communautaire. Selon cet organisme, « les résultats attendus dans le Plan triennal ne tiennent pas compte de la corrélation entre la pauvreté, les problèmes sociaux et la santé citoyenne. » La Fédération exige de prendre une part active dans tous les débats ou projets concernant le logement social.

Le Conseil régional de développement de l'île de Montréal attire l'attention de la Régie sur l'importante nécessité de prendre en compte les besoins des jeunes venant s'installer ou trouver refuge dans la ville, en particulier ceux issus des minorités visibles et ceux des jeunes gais et lesbiennes. La Ville de Montréal demande que la Régie reconnaisse le rôle de la municipalité dans la prévention des problématiques socio-urbaines jeunesse. Elle souhaite en outre que la Régie s'implique activement dans l'exécution du plan de travail du Conseil consultatif permanent sur la prostitution de rue et la prostitution juvénile. À ce sujet, le Forum jeunesse de l'île de Montréal estime que l'itinérance, la prostitution et la toxicomanie sont des problèmes qui guettent les jeunes mais que les mesures touchant la prostitution sont timides et vagues.

De même, la FIIQ estime que les protocoles d'entente qui seront signés avec la Ville de Montréal devraient souligner clairement les aspects de la loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale et mentionner la création d'un partenariat réel entre la police urbaine, les CLSC, les hôpitaux, les commissions scolaires, etc. Par ailleurs, la FIIQ considère que les objectifs visés et les actions proposées au chapitre Problèmes sociaux montréalais demeurent insuffisants et ne croit pas qu'une mesure comme l'augmentation de places d'hébergement communautaire puisse corriger et prévenir l'itinérance et l'exclusion sociale. En outre, l'État ne devrait pas tenir pour acquises des ressources comme les organismes communautaires ou les aidants naturels qui ne peuvent pallier, à moindre prix, les déficiences du réseau ou l'engorgement des centres hospitaliers.

Service à la famille chinoise du grand Montréal :

...« l'approche privilégiée dans le Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être prévoit l'implication de tous les CLSC dans la prévention et l'intervention auprès des joueurs pathologiques. Bien que cette préoccupation de la part de la Régie régionale nous réjouisse, l'approche privilégiée nous préoccupe dans la mesure où elle remettrait en accuse le soutien aux organismes de la communauté chinoise à cet égard. Nous croyons qu'en cette matière, la Régie régionale doit appuyer le savoir-faire de notre communauté. »

5.2.3 Alcoolisme et toxicomanie

Au nombre des résultats attendus dans le domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie figurent l'instauration d'un programme de prévention dans tous les CLSC de Montréal, une augmentation du nombre de places disponibles dans les services de désintoxication, qui passerait de 49 à 69, ainsi qu'un accès accru au traitement de maintien à la méthadone.

Tout en approuvant ces objectifs, des organismes comme le Centre de recherche et d'aide aux narcomanes et le Centre Dollard-Cormier estiment qu'elles sont insuffisantes. Ils suggèrent d'élargir l'application de leur propre programme de prévention aux 29 CLSC. Ils relèvent la pénurie de médecins généralistes dans les centres de réadaptation en toxicomanie, le manque de ressources humaines pour soutenir les parents et l'entourage des jeunes toxicomanes, la relative négligence dont fait l'objet la clientèle anglophone, la nécessité de rendre accessibles 1 000 places pour des traitements de substitution. Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie souligne que chaque dollar investi entraînerait des économies de 7 $ sur l'ensemble des coûts sociaux liés à la toxicomanie.

Quant à la Ville de Montréal, elle recommande l'ajout de places d'urgence dans les cliniques de désintoxication et demande d'octroyer un financement adéquat aux organismes œuvrant à la récupération des seringues. Le Forum jeunesse de l'île de Montréal propose que l'on trouve de nouvelles approches pour venir en aide aux toxicomanes : lieux d'intervention, soutien aux intervenants, création de lieux d'injection. Le Forum interactif sur l'intégration des services en périnatalité recommande de développer et de financer un service régional spécialisé en périnatalité - toxicomanie. Du côté des comités d'usagers, on déplore le silence sur les aidants naturels et on préconise d'inclure la dépendance aux médicaments dans la définition de la toxicomanie.

5.3 Développer un réseau de services de première ligne tissé serré autour des groupes de médecine de famille (GMF)

L'accès à des groupes de médecine de famille suscite de nombreuses interrogations non seulement de la part des usagers mais encore de la part des professionnels et même des médecins pourtant familiers avec le réseau de la santé.

L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont souligne l'importance de cette priorité mais s'inquiète à propos du recrutement des infirmières requises pour les GMF :

...« Nous croyons que le recrutement des 116 infirmières requises ne doit absolument pas se faire à partir de la main-d'œuvre des hôpitaux. Il faudra donc prévoir un mécanisme régional qui permettra ce recrutement tout en préservant le maintien des activités cliniques requises dans les hôpitaux. Par exemple, des postes mixtes CH-CLSC pourraient favoriser le développement des professionnels et assurer un bon continuum de soins. »

5.3.1 Implanter 58 groupes de médecine de famille (GMF) d'ici 2006

Le projet d'établir des groupes de médecine familiale se heurte à de vives oppositions tant de la part des organismes syndicaux que des regroupements de médecins omnipraticiens. Les premiers y voient les prémisses d'une privatisation et une érosion des activités des CLSC. Les seconds expriment leur scepticisme jugeant que les solutions proposées seront très difficiles à appliquer à cause du manque de ressources humaines et financières du réseau.

Tout comme les représentants des comités d'usagers, les médecins omnipraticiens avouent méconnaître le fonctionnement et les avantages reliés aux GMF. Les médecins omnipraticiens de Montréal, quand on leur demande s'ils sont intéressés à adhérer à un groupe de médecine de famille (GMF) au cours des deux prochaines années, se montrent peu ou pas du tout intéressés à plus de 80 %. Seulement 7,3 % se disent très intéressés.

Selon la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec :

« ... Bien que souhaitable, le développement de GMF à Montréal se fera plus lentement qu'espéré...

Pour améliorer la continuité des services, la Régie régionale doit mettre rapidement en réseau fonctionnel l'ensemble des points de distribution des soins de santé de première ligne, i.e. les cabinets médicaux, les CLSC et les éventuels GMF. »

Quant à l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal, elle se questionne fortement sur l'urgence « d'implanter à toute vapeur les GMF ». Il lui semble fort

présomptueux que les GMF puissent prendre en charge 700 000 patients en trois ans et elle ne voit pas comment ils réduiront l'engorgement des salles d'urgence.

Plus radical encore, le Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal estime que les GMF ne sont que des cliniques privées subventionnées à 100 % par les fonds publics et que cette réorganisation des services de première ligne risque de signer la mort du modèle de médecine familiale développé au sein des CLSC.

Selon le Regroupement des aidantes et des aidants naturels de Montréal, les CLSC ont démontré leur efficacité et leur compétence; en mettant de l'avant le concept des GMF, le Plan d'action néglige sa première priorité qui consiste à réduire l'impact des inégalités sociales sur la santé, et ne tient pas compte de l'ensemble des besoins de la personne.

C'est une inquiétude semblable que véhicule la Clinique communautaire et Action-Gardien de Pointe Saint-Charles qui ne voit dans les GMF qu'un système de médecine entrepreneuriale exclusivement financé par les fonds publics.

Le contrepoids à ces positions tranchées provient de l'Hôpital du Sacré-Cœur, du Regroupement des CLSC, de l'Association des pharmaciens des établissements de santé, du Comité directeur pour le développement du réseau « Centre universitaire de santé McGill (CUSM) et du Regroupement les Sages-femmes du Québec qui perçoivent dans les GMF des services de première ligne susceptibles de soulager les services d'urgence.

La Fédération des infirmières et des infirmiers du Québec (FIIQ) a déjà signifié son intérêt pour la création des GMF - intérêt d'autant plus significatif que les infirmières seront des participantes actives dans ce projet – mais s'interroge néanmoins sur la façon dont le ratio infirmières-médecins sera déterminé. Elle estime que « *la collaboration entre infirmières, médecins et autres professionnels, dont il n'est pas fait mention, devra être basée sur des règles clairement établies (protocoles, respect des champs de pratique et des activités réservées, description de tâches) mais aussi sur une entente informelle qui sous-entend que les différents intervenants partagent une même mission afin que CLSC et GMF ne deviennent pas deux solitudes mais bien deux partenaires en première ligne.* »

5.3.2 Offrir, dans tous les CLSC, des services de base uniformes et accessibles 7 jours sur 7, pour un total de 80 heures

Les mesures d'élargissement des responsabilités, d'accroissement de l'accessibilité et d'uniformisation des services de base de tous les CLSC que propose le Plan triennal, obtiennent dans l'ensemble un accueil favorable. Il est tempéré toutefois par une gamme de réactions qui vont de l'adhésion sans réserve au rejet complet en passant par des pointes d'incrédulité. Beaucoup d'organismes parmi les plus enthousiastes souhaitent que s'accroisse davantage encore le panier de services.

Organisme concerné au premier chef, le Regroupement des CLSC se déclare « *globalement satisfait* » des orientations du Plan triennal de la Régie régionale.

Cependant, considérant que le budget ne permettra probablement pas de mener à bien toutes les actions prévues dans le Plan, le Regroupement a établi une liste de 31 priorités. Il estime que l'injection de 261 M$ serait requise pour les réaliser.

Selon l'échéancier qu'il a dressé, une première phase –urgente– servirait à consolider les services de première ligne. Elle s'échelonnerait jusqu'en septembre 2004. Son succès serait conditionnel à la mise en place de mécanismes de liaison uniforme entre les CLSC et les cliniques médicales (cliniques pivots).

À quelques nuances près, les priorités du Regroupement sont calquées sur celles prévues dans le Plan de la Régie régionale. Par exemple, le Regroupement propose que les CLSC assurent non pas 80 heures mais 76 heures de services d'accueil, d'orientation et d'intervention en soins infirmiers et en services psychosociaux (troubles transitoires de santé mentale compris) chaque semaine. Autre exemple, le Regroupement adhère à la proposition de désigner, parmi les cliniques médicales, les GMF et les CLSC, 30 points de services accessibles sans rendez-vous, de 8 h à 20 h, tous les jours de l'année, pour des services diagnostiques de première ligne (le réseau d'accès rapide). Toutefois, il croit que les centres de diagnostic devraient être installés le plus souvent possible dans des établissements publics ou dans des CLSC dont l'infrastructure se prête à l'installation des équipements requis. Le Regroupement propose qu'au moins un CLSC par territoire de DRMG soit pourvu d'un plateau technique complet (radiographie, échographie, analyses de prélèvements).

Seule véritable divergence : le Regroupement demande que soit réexaminée l'organisation des services de pédopsychiatrie à Montréal.

Le Regroupement propose que le guichet unique pour les enfants, les jeunes et leur famille soit en service 24 heures sur 24. Le soir et la nuit, il serait transféré à Info-social CLSC. Une équipe de garde serait disponible pour se déplacer en cas d'urgence auprès des familles en difficulté. Le cas échéant, une référence serait adressée aux services spécialisés des centres jeunesse.

En plus de réduire les délais d'accès aux services téléphoniques d'Info-santé, le Regroupement se fait fort d'augmenter de 10 % le nombre d'appels.

Pour les services à domicile, le Regroupement estime à 136 M$ l'investissement à consentir pour desservir les différentes clientèles et y assortir l'ensemble des ressources professionnelles adéquates. Et précisément, au chapitre des ressources humaines, le Regroupement mentionne qu'il faut intégrer les spécialistes de secteurs professionnels encore peu présents dans les CLSC (inhalothérapeutes, orthophonistes, nutritionnistes, etc.). Dans le même esprit, l'Association des pharmaciens des établissements de santé (quelque 20 pharmaciens seulement exercent dans des CLSC) souhaite l'intégration des services pharmaceutiques au panier de services de base; et, de leur côté, les sages-femmes suggèrent l'ouverture de points de services sages-femmes.

Disposant de meilleures ressources humaines, le Regroupement sera apte à consolider les équipes intervenant auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle et pourra dispenser des soins de jour sur un mode ambulatoire : certains protocoles de chimiothérapie, le suivi systématique des diabétiques, des asthmatiques, etc.

Sous le registre *« activités médicales particulières »*, les CLSC prendraient en charge les« clientèles vulnérables » c'est-à-dire les personnes présentant une déficience physique ou intellectuelle, les personnes qui souhaitent mourir à domicile et les personnes qui viennent de subir une opération ou qui viennent d'être hospitalisées.

Le Regroupement s'engage à établir toutes les conditions pour que soient mis en place, le plus rapidement possible, un minimum de 29 GMF, soit un par territoire de CLSC. Il se déclare prêt à affecter des infirmières afin de soutenir les GMF.

Pour sa part, la Fédération des infirmières et des infirmiers du Québec soutient le concept de panier de services uniformes et accessibles sept jours sur sept tout en exprimant son inquiétude quant à la répartition ou au regroupement des services; elle perçoit là un risque, celui de réduire l'accessibilité des soins et la disponibilité des professionnels.

« On leur demande davantage sans pour autant mieux les financer » : le Regroupement des aidantes et des aidants, tout comme les porte-parole de certains comités d'usagers, reconnaîtraient volontiers la compétence des CLSC s'ils n'avaient à déplorer le fait qu'ils n'aient jamais obtenu jusque-là les ressources nécessaires pour accomplir leur mission. *« Faute de budgets, les 29 CLSC de Montréal seront-ils contraints d'offrir un panier de service minimal ? »*, s'interroge la FTQ. Ses représentants notent, en effet, que faute de médecins, les CLSC n'offriront pas de services médicaux.

Conscients de cette situation, les médecins omnipraticiens ayant pris part au groupe de discussion réuni par la firme de sondage Zins Beauchesnes et associés, indiquent le meilleur moyen d'organiser la pratique médicale de première ligne consiste à partager cette pratique entre les CLSC et les cabinets privés selon une planification régionale préétablie. Ils ne précisent cependant pas quelle instance (DRMG ou Régie) devrait être responsable de cette planification. C'est également un peu le sens de la position de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec qui souligne les risques de duplication de services entre les CLSC et les cliniques médicales.

La perspective du partage, en revanche, suscite l'opposition du Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (RIOC) qui déclare : *« Que nos impôts servent à financer les CLSC (et non les cliniques 100 % privées) et que la Régie répartisse les médecins généralistes là où sont les besoins de première ligne : dans les CLSC. »*

Dans leur ensemble, les organismes communautaires manifestent leur désaccord principalement à l'égard du rôle central d'organisme de concertation entre les cliniques pivots et les GMF dévolu désormais aux CLSC. Les divers regroupements d'organismes communautaires en santé mentale ou en déficience intellectuelle (ROSAC, ROCSME, CRADI) se plaignent de voir élargi le champ de compétence des CLSC à leur détriment.

Les établissements d'enseignement (primaire, secondaire et collégial) notamment ceux qui s'expriment par l'intermédiaire du Comité régional des services en milieu scolaire et du Forum interactif sur l'intégration des services Jeunesse commentent et soutiennent les actions intersectorielles dévolues aux CLSC. Ils saluent le projet de guichet unique que représente le CLSC pour l'accueil, l'évaluation et l'orientation des demandes de services psychosociaux pour les enfants, les adolescents et les familles. Ils souscrivent pleinement à la mise en place des services d'intervention de crise et de suivi intensif qu'ils perçoivent comme des moyens de réduire les suicides.

Le Centre Dollard-Cormier met en lumière la nécessité d'agir auprès des parents aux prises avec des problèmes de toxicomanie dépistés par suite de l'intervention auprès des jeunes. Si des mécanismes de concertation avec les centres Jeunesse sont à prévoir, pouvoir compter sur de nouvelles ressources semble incontournable. À tout le moins, le Centre Dollard-Cormier souhaiterait que le programme de prévention disponible dans 16 CLSC soit étendu aux 29 CLSC.

Enfin, préoccupation nouvelle : l'environnement. Le Collectif en environnement Mercier-est souhaite accroître la portée de ses activités par le biais d'un partenariat (CLSC, DSP, Comité de citoyens) qui ouvrirait des perspectives d'action nouvelle et originale en santé environnementale.

5.4 Assurer l'accès aux services médicaux et hospitaliers à l'intérieur des délais recommandés

Le projet de réduire considérablement voire d'abolir, d'une part, les longues heures d'attente dans les salles d'urgence, et, d'autre part, les semaines et même les mois de délai avant d'obtenir une consultation auprès d'un médecin généraliste ou d'un médecin spécialiste, recueille un très grand nombre de commentaires constructifs.

5.4.1 Services d'urgence

L'engorgement des salles d'urgences des centres hospitaliers montréalais constitue la déficience la plus visible et la plus décriée du réseau de la santé par l'ensemble de la population de la métropole. Pour atténuer et éliminer la durée de l'attente des patients dans les services d'urgence, la Régie régionale propose de mettre sur pied un réseau d'accès rapide aux services diagnostiques de première ligne, accessible de 8 h à 20 h, tous les jours de l'année. Il sera composé de 30 points d'accès rapides, accessibles sans rendez-vous qui seront désignés parmi les cliniques médicales, les GMF et les CLSC. Cette mesure devrait avoir pour effet de réduire de 30 % les visites aux services d'urgence.

Paradoxalement, le Plan de la Régie régionale visant à décongestionner les urgences suscite peu de commentaires spécifiques de la part des comités d'usagers et des nombreux regroupements sectoriels. Ceux-ci approuvent l'ensemble des actions qu'énumère la Régie régionale en vue d'améliorer l'accès aux services intégrés du réseau (urgence comprise). Ce sont les omnipraticiens, les médecins spécialistes et surtout les urgentologues qui suggèrent des améliorations et qui formulent des critiques.

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et la FIIQ considèrent que les cliniques d'accès rapide aux services diagnostiques constituent un moyen très intéressant pour assurer l'accès à des services médicaux ponctuels qui n'exigent pas le recours aux ressources d'une salle d'urgence. De plus, l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal appuie très fortement cette proposition :

« ... La création de ces centres diagnostiques ou de ces urgences ambulatoires va enfin permettre au médecin de compléter l'investigation du malade et de poser un diagnostic avant de la référer à la salle d'urgence, le cas échéant. Le processus actuel est inverse, dans le doute, le patient est référé à l'urgence »

Autant l'AMOM que la FMOQ insistent pour que, dans les points de service du réseau d'accès rapide aux services diagnostiques, les médecins assument un volet de prise en charge des patients et ne se limitent pas à la consultation sans rendez-vous.

La SICHUM estime cependant que la réduction de 30 % des visites à l'urgence est un objectif « pour le moins ambitieux ». L'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM), l'Hôpital du Sacré-Cœur, l'Association des hôpitaux supportent l'idée de finaliser l'implantation, le plus tôt possible, le *Guide de gestion des urgences* et secondent volontiers la Régie régionale dans son projet d'améliorer les locaux et les équipements de dix salles d'urgence de Montréal. Dans le souci de désengorger les urgences, l'AMOM recommande de s'assurer systématiquement que tout patient qui quitte la salle d'urgence soit référé à un médecin de famille.

L'Hôpital du Sacré-Cœur propose de décentraliser les services d'urgence de manière à en partager la responsabilité entre tous les établissements d'un même territoire local. Des ententes de services assureraient la fluidité des transferts et la détermination des responsabilités de chaque établissement. Quant à la mesure de la performance, l'Association des hôpitaux s'oppose à l'idée d'instaurer une banque de jours présences pour les salles d'urgence et suggère la signature d'ententes de gestion qui constitueraient « un meilleur gage de l'atteinte des objectifs négociés entre la Régie et les établissements hospitaliers ».

Doter les services d'urgence d'un pharmacien : cette idée à explorer provient de l'APES.

Dans le document de réflexion qu'elle a déposé à la Régie régionale, la Table des chefs d'urgence de Montréal (TCUM) offre une analyse détaillée des mesures proposées dans le Plan triennal concernant la « dynamique des urgences ».

La TCUM souscrit pleinement à l'objectif d'obtenir l'engagement ferme des établissements à considérer l'urgence comme prioritaire et à changer la culture hospitalière dans cette perspective. À cet égard, la TCUM encourage la Régie régionale à identifier des recommandations essentielles du Guide de gestion des urgences et à mettre en place des moyens solides pour les appliquer afin d'atteindre les objectifs de décongestion. Compte tenu du vieillissement de la population et des développements technologiques, l'effet de l'implantation des GMF, des cliniques pivots et l'accès rapide aux tests diagnostiques ne surviendra qu'à moyen et long termes; il aura donc peu d'influence sur les urgences dans l'immédiat. La TCUM

ne croit pas que l'idée d'imposer un système unique d'informatisation (en l'occurrence le système SIURGE) soit fructueuse : les moyens et les besoins sont trop différents d'une salle d'urgence à l'autre; l'essentiel, selon la TCUM, tient à l'intégration des données de l'urgence à celles de l'hôpital. La TCUM écrit que la gestion optimale des lits est sans contredit un élément clé pour le désengorgement des urgences. Or, beaucoup d'hôpitaux ne disposent pas des outils de gestion adéquats. La TCUM soutient que le projet de la Régie régionale d'augmenter les lits de convalescence et de réadaptation, en particulier pour les clientèles gériatrique et psychiatrique, serait le plus susceptible de décongestionner les services d'urgence.

À son tour, la TCUM doute que le réseau d'accès rapide réduise de 30 % les visites à l'urgence. À l'idée de faire bénéficier de la technologie de la thrombolyse aux patients victimes d'un AVC, la TCUM préfère la création d'unités intégrées de traitement des AVC. La TCUM considère que l'objectif de réduire les séjours de plus de 48 heures de 9,8 % à 0 % est trop timide et suggère de viser les normes édictées par le ministère : 12 heures pour les patients hospitalisés, 8 heures pour les patients sous observation.

Enfin la proposition, dans le cadre de la relocalisation des CHU, de conserver au centre-ville deux urgences majeures disposant de plus de 500 lits d'hospitalisation, tout en dotant les CHU d'une urgence moins importante, compte tenu de leur vocation académique et ultraspécialisée, est reçue avec scepticisme par la SICHUM et la TCUM.

Parallèlement à l'implantation du réseau d'accès rapide, la TCUM préconise la formation accrue de médecins de première ligne.

La Conférence régionale de l'Association des hôpitaux du Québec soutient qu'il est primordial que la Régie régionale :

- maintienne la disponibilité de 6062 lits de courte durée. Ce qui implique la réouverture et le financement de 1001 lits de courte durée
- convertisse 1960 lits d'hébergement en lits pouvant offrir plus de 2,5 heures/soins par jour pour atteindre la cible 2326 déterminée en 1998

- réduise à 28 jours le délai d'attente maximal des personnes qui attendent un hébergement institutionnel à l'hôpital;

5.4.2 Assurer l'accès aux services médicaux spécialisés à l'intérieur des délais cliniquement recommandés

Le comités d'usagers accueillent très favorablement la perspective d'un meilleur accès aux soins. La Conférence régionale de l'AHQ appuie, de façon générale, les actions proposées :

« ... La Conférence régionale endosse le principe de la concentration de la chirurgie de la cataracte dans certains hôpitaux. Cette concentration doit, cependant, répondre aux critères suivants :

- *Amélioration de l'accès aux services*
- *Augmentation de la qualité des services*
- *Augmentation de l'efficacité et de l'efficience*
- *Meilleure continuité des soins*

Nous croyons, de plus, que cette concentration de services dans certains établissements doit se faire à travers un processus ouvert et faire l'objet d'une consultation, où tous les intéressés, intervenants et établissements seraient impliqués directement dans leur détermination et leur évaluation.

Au lieu de concentrer la chirurgie de la cataracte dans seulement deux établissements, nous suggérons d'analyser la possibilité de les répartir dans quatre centres hospitaliers.

La concentration des activités de remplacement de la hanche et du genou dans certains hôpitaux présente un défi très différent de la concentration de la chirurgie de la cataracte.

Le projet demande une approche souple et réfléchie.

La Conférence régionale recommande l'analyse des scénarios à travers un processus ouvert de consultation, où tous les intéressés, intervenants et établissements seraient impliqués directement dans leur détermination et évaluation... »

Le regroupement des centres hospitaliers de réadaptation prévoit que les mesures proposées pou réduire les délais d'accès en chirurgie orthopédique auront un impact direct sur les demandes de services qu'ils reçoivent :

« ... Les données sociosanitaires et démographiques indiquent que les besoins en réadaptation orthopédique, cardiaque et neurologique vont augmenter avec le vieillissement de la population...

... Nous demandons à la Régie de tenir compte des besoins en ressources requises (lits de réadaptation, ressources humaines, ressources financières, ressources matérielles) pour répondre efficacement à l'augmentation du volume d'activités des différents programmes de réadaptation;

Nous demandons à la Régie d'assurer le développement des services externes en CHR afin de leur permettre de mieux accueillir la clientèle qui doit être hospitalisée... »

5.4.3 Plan d'organisation des services médicaux spécialisés et mise sur pied de réseaux universitaires intégrés en santé

« ... La Conférence régionale accueille favorablement la décision de la Régie régionale de lier la confection du plan d'organisation des services médicaux avec le développement des réseaux universitaires intégrés en santé.

D'ailleurs la Conférence régionale, exprime son accord avec la mise en place des RUIS, et réitère sa disponibilité et son entière collaboration dans l'élaboration des réseaux intégrés en santé sur l'Île de Montréal. »

Le CHU mère-enfant Sainte-Justine est préoccupé par la reconnaissance tangible du réseau mère-enfant suprarégional :

« ... C'est dans ce contexte et dans l'optique de favoriser la dispensation des services le plus près possible du lieu de résidence du patient, tout en tenant compte des impératifs de qualité, que le CHU mère-enfant a mis sur pied le Réseau mère-enfant suprarégional. Les bénéfices les plus immédiats de ce réseau de 14 hôpitaux membres sont au niveau de la formation des intervenants, du développement d'outils (ex. : protocoles) communs et de l'amélioration de la qualité

des services. De là, une plus grande autonomie des établissements et un taux plus élevé de prise en charge pourront être atteints.

Malheureusement, malgré de multiples démarches, un tel réseau qui s'inscrit parfaitement dans la logique d'amélioration de la qualité et de la continuité des services, tout en favorisant une dépendance moins grande des hôpitaux périphériques, n'est pas encore financé, ni par le niveau régional, ni par le niveau provincial.

Cette problématique illustre bien la zone grise qui persiste, aussitôt que des services à caractère suprarégional ou à caractère national doivent être reconnus et financés... »

5.5 Développer des programmes et des réseaux de services intégrés à l'intention des clientèles vulnérables

La Régie régionale vise à développer des programmes et des réseaux de services intégrés à l'intention des clientèles dites vulnérables qui regroupent :

- Personnes âgées en perte d'autonomie;
- Personnes souffrant de maladies chroniques évolutives (MPOC, insuffisance cardiaque, diabète);
- Personnes souffrant de cancer;
- Personnes atteintes du VIH-SIDA;
- Personnes souffrant de troubles mentaux;
- Personnes ayant des troubles envahissants du développement.

Les résultats généraux attendus pour ces clientèles vulnérables au terme du Plan triennal comprennent une réduction de leurs visites à l'urgence et leurs hospitalisations, leur maintien dans la communauté, ainsi qu'une augmentation de leur satisfaction par rapport aux soins reçus.

Les personnes et les organismes consultés sont quasi unanimes à reconnaître la pertinence d'établir un réseau de services intégrés à l'intention des clientèles vulnérables au premier rang desquels figurent les personnes âgées et les personnes

en perte d'autonomie. Cependant, ils manifestent tous une grande inquiétude à l'égard du financement d'un tel projet.

Certains comités d'usagers craignent que la Régie régionale récupère le budget des CLSC qui fonctionnent bien pour rehausser les services de ceux dont la performance est faible. Enfin, certains souhaitent vivement que les CLSC continuent de jouer leur rôle de soutien social à la famille.

5.5.1 Réseau de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie

Le Forum interactif sur l'intégration des services aux personnes âgées demande des clarifications. Il exige que soient mieux établis les besoins de la population âgée et que l'on ne confonde pas les clientèles vulnérables et les personnes en perte d'autonomie. L'enjeu de cette réclamation concerne le nombre de places requises en hébergement, un point central du Plan triennal. Le Forum élargit la notion d'intégration à des partenaires relevant de secteurs extérieurs à la santé, par exemple, le transport. Enfin, il remarque que les besoins de réadaptation physique des personnes âgées sont absents du Plan 2003-2006.

L'Association des médecins omnipraticiens de Montréal appuie le plan projeté par la Régie d'augmenter les services de soins à domicile : de l'aide-ménagère à l'ergothérapeute. Elle appuie également les mesures visant l'amélioration de la vie quotidienne dans les CHSLD. L'Association recommande de maintenir et même d'augmenter le nombre de lits de longue durée. Cette augmentation est inéluctable, selon elle, compte tenu du vieillissement rapide de la population.

La Coalition montréalaise pour le financement des services à domicile publics et gratuits soutient que la Régie régionale a réduit le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie qu'elle entend desservir : ce dernier passerait de 80 000 à 50 000. D'autre part, la Coalition désapprouve le fait que plus de 35 % des usagers soient laissés sans service. Elle préconise une hausse de 78 % des prévisions budgétaires (de 97,5 M$ à 173,5 M$ d'ici 2006 pour les services à domicile) pour éviter qu'une proportion non négligeable de la population continue d'attendre des services.

Cette perception trouve un écho auprès du Regroupement des aidantes et des aidants naturels de Montréal qui estime que les objectifs du plan relatifs aux services à domicile et à l'hébergement des personnes âgées sont trop timides. Le Regroupement préconise que les services à domicile soient formellement intégrés au sein de la couverture publique, qu'ils soient universels, accessibles et gratuits et que des budgets soient instaurés afin d'assurer des services de maintien à domicile.

De l'avis du Syndicat canadien de la fonction publique (FTQ), l'objectif fixé de 43 000 personnes à desservir à domicile pour 2006 est bien en deçà du nombre réel de personnes âgées ayant dès à présent besoin de tels services à Montréal. Le Syndicat souhaite rappeler à la Régie régionale sa détermination à assurer que les services d'aide aux personnes âgées demeurent universels et gratuits. « Si l'on admet que les CLSC seront amenés à dispenser de plus en plus de soins à domicile, est-il réaliste de penser que cela aura pour effet de réduire le taux d'hébergement en CHSLD d'ici 2006 ? », se demande le Syndicat. Il note enfin que rien n'a été prévu pour les secteurs de la main-d'œuvre des services auxiliaires.

Le Regroupement des CHSLD de Montréal souhaite que le Plan régional d'organisation des services en hébergement vise à atteindre les objectifs de rehaussement des services fixés en 1998 et non encore atteints :

« ... L'accessibilité à un lit de longue durée ne s'est pas améliorée au cours des dernière années. Ces délais affectent directement des centaines de nos concitoyens qui n'ont pas accès au bon service, au bon moment et au bon endroit. Nous pensons ici plus particulièrement aux retards accumulés afin de rehausser le nombre de lits (lourds) en CHSLD et en parallèle, ajouter des ressources intermédiaires. Les objectifs du plan1998-2002 à ce chapitre, demeurent pertinents et urgents. Nous espérons que la Régie les réinscrira aussi dans son nouveau plan. Nous souhaitons que le réseau montréalais de services aux personnes en perte d'autonomie puissent compter très rapidement sur un panier de services mieux équilibré afin d'augmenter la fluidité de l'accès aux divers services.

Nous constatons que la Régie a choisi de reporter une partie des décisions afin que la région réalise un PROS pour les services d'hébergement. Nous sommes préoccupés par les nouveaux délais que pourrait entraîner ce choix et nous

espérons que ce processus de planification supplémentaire sera le plus court possible. Nous affirmons aussi à la Régie qu'une bonne partie des futurs changements qui seront proposés par la planification plus précise des services d'hébergement nécessitera de nouveaux investissements et qu'il ne faudra pas l'oublier. De plus, nous proposons la création de plusieurs « réseaux de ressources intermédiaires certifiées pour l'hébergement ». Par ce moyen, l'expertise des CHSLD sera utilisée au maximum et cela permettra d'obtenir les choix les plus pertinents de ressources intermédiaires publiques ou privées. Ces choix devront être en relation avec les besoins diversifiés des arrondissements de notre ville..."

Enfin, selon le regroupement des CLSC :

« ... Pour qu'un réseau de services intégrés soit fonctionnel et efficace, il est obligatoire que les services soient coordonnés et qu'une personne soit responsable de gérer les interfaces. Lors de la consultation de la Commission d'étude sur la santé et les services sociaux, les CLSC de Montréal ont proposé qu'on leur confie la coordination des services pour toutes les personnes vivant des problèmes complexes et nécessitant des services variés. Nous réitérons notre proposition et affirmons, encore une fois, que nous sommes prêts à assumer cette responsabilité. pour une clientèle bien définie et sur un territoire bien précis...»

« ... Le maintien à domicile, tel que l'a démontré le projet SIPA, sécuritaire et bien desservi par des intervenants professionnels et en nombre suffisant est le premier choix des Montréalais. On le sait, c'est aussi la meilleure façon d'améliorer la performance du réseau. Nous sommes prêts à nous rendre à domicile aussi souvent que requis et avec des ressources plus diversifiées afin de mieux répondre aux besoins des personnes qui ont besoin de nous. Nous attendons que la Régie régionale nous donne les moyens de le faire... »

5.5.2 Réseau de services intégrés pour les personnes atteintes de maladies chroniques évolutives

Deux commentaires. Le CUSM (Centre universitaire de santé McGill) considère nécessaire de développer davantage les services pour les personnes atteintes de maladies évolutives chroniques et surtout d'étendre ces services aux usagers de moins de 65 ans. L'Ordre des inhalothérapeutes du Québec s'étonne de constater

que la Régie régionale limite la fonction des membres de leur profession au suivi et non au traitement des clientèles atteintes de maladies pulmonaires obstructives.

5.5.3 Réseau de services intégrés en oncologie et en soins palliatifs

Peu de commentaires sur ce point.

Un comité d'usagers émet l'idée suivante : *« Lorsqu'une personne est atteinte de cancer, on devrait développer une approche globale des besoins de cette personne. »* Le Regroupement des CHSLD offre de discuter avec la Régie régionale du développement d'un programme de nouvelles ressources en soins palliatifs pour les personnes atteintes de cancer.

L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, pour sa part, se montre intéressé par la désignation des centres d'oncologie :

« Notre engagement envers la clientèle d'oncologie est donc réel. Nous croyons donc que la désignation de l'HMR comme centre d'oncologie s'inscrirait tout à fait dans la vision de soins oncologiques intégrés et du rôle de leader que nous pouvons jouer auprès de nos partenaires du Réseau en soins, en enseignement et en recherche. »

5.5.4 Réseau de services intégrés pour les personnes vivant avec le VIH-SIDA et les personnes à risque d'être infectées

La coalition des organismes communautaires québécois contre le SIDA (Cocq-SIDA) assimile les actions du Plan triennal à des objectifs à atteindre : augmentation du budget, accès à une gamme de services préventifs efficaces pour chacune des populations vulnérables, dépistage systématique des femmes enceintes, hébergement adapté. Bien que favorable au réseau de services intégrés, la Cocq-SIDA exige que l'on reconnaisse et que l'on respecte l'autonomie des organismes communautaires et leurs missions spécifiques notamment de prévention et d'aide. La Cocq-SIDA milite pour intégrer en un seul lieu l'ensemble des soins et des services requis par la clientèle lourde et multiproblématique et souhaite la prise en charge des services courants par la première et la deuxième ligne.

5.5.5 Réseau de services intégrés pour les adultes ayant des problèmes de santé mentale

À l'exception des organismes communautaires, les propositions du Plan sont accueillies très favorablement par tous les autres organismes. La plupart d'entre eux reconnaissent aux CLSC le rôle de services de base. Ils perçoivent comme une amélioration notable la mise en place, au sein des CLSC, d'équipes multidisciplinaires et la présence d'un intervenant assurant la liaison avec les urgences psychiatriques des CH.

L'Association des médecins omnipraticiens de Montréal recommande de revoir le principe de sectorisation de manière à faciliter le passage d'un patient d'un milieu à un autre, de développer sa prise en charge par un médecin de famille, de faciliter la communication des infirmières de liaison avec les médecins traitants en cliniques spécialisées.

Les hôpitaux psychiatriques se déclarent prêts à collaborer aux actions de prévention et de dépistage qui constituent des priorités dans le domaine de la santé mentale. Encore devront-ils être dotés d'effectifs, de moyens et de fonds adéquats. « Il est utopique de penser que les services de consultation-liaison soient offerts 80 heures sur sept jours », soulignent-ils devant la pénurie de psychiatres. Ils suggèrent plutôt 8 heures par jour, sept jours sur sept.

La Conférence régionale de l'AHQ fait sienne la recommandation du Comité Carignan et demande à la Régie régionale d'exprimer, dans le plan stratégique 2003-2006, son intention d'entreprendre les démarches pour doter la région de Montréal d'instituts universitaires en santé mentale (psychiatrie).

D'autre part, l'idée de la désectorisation des services suscite la crainte d'une déresponsabilisation. C'est pourquoi les hôpitaux psychiatriques préconisent la nomination d'un leader unique (l'établissement qui a la meilleure expérience) au titre de responsable dans chaque sous-région. En ce qui concerne la psychiatrie légale, le mode coopératif plutôt que hiérarchique (hôpitaux désignés, unités sécuritaires) assurerait une meilleure efficacité de service.

Le comité des usagers de l'hôpital Douglas soutient le même principe en demandant que les grands hôpitaux psychiatriques réservent un nombre suffisant de lits pour les personnes violentes souffrant de maladie mentale.

Or, signale le Conseil central du Montréal métropolitain (CSN), les nombreuses fermetures de lits ont accéléré la sortie de la clientèle sans que les services dans la communauté aient été implantés en nombre suffisant d'où le recours à des ressources communautaires ou carrément privées, recours auquel s'oppose la CSN.

Le virage ambulatoire en santé mentale soulève bien des questions de la part de l'Alliance des infirmières de Montréal : les services hors-murs sont-ils présents, adéquats, suffisants ? L'offre de services répond-elle à l'augmentation de la demande ?

Suicide-Action Montréal recommande de renforcer, de façon importante, les propositions mises de l'avant quant à la prévention du suicide.

« ... Nous suggérons que la réduction du suicide devienne un objectif, une cible d'action prioritaire avec des investissements en conséquence, et une clientèle prioritaire dans la mise en place d'un réseau intégré de services. Nous proposons un libellé et des investissements comparables à ceux proposés pour avoir un impact sur d'autres cibles prioritaires.

.Dans le document : « La prévention en actions », voici ce qui pourrait apparaître :

Objectif : Réduire les suicides et les tentatives de suicide

5.2.4. Suicide 5,1 M$

Dans le document : « La santé en actions », voici le libellé proposé :

5.5.6 Développer des programmes et des réseaux de services intégrés pour les personnes suicidaires 4 M$

Il nous apparaît aussi évident que la somme des actions proposées dans les deux plans d'action ne permettra pas de réduire le suicide. Nous vous proposons donc d'autres actions qui s'ajoutent à celles qui ont été proposées. Celles qui apparaissent dans les deux documents sont intéressantes mais nettement insuffisantes pour avoir un impact sur les taux de suicide... »

Les organismes communautaires réagissent le plus vivement aux réformes du Plan. Ils craignent de voir baisser leurs effectifs qui seraient embauchés par les CLSC, les CH et le réseau intégré de services. Ils rappellent qu'ils ne constituent pas une composante du réseau de la santé et des services sociaux. En tant que partenaires, ils refusent d'être asservis par la Régie régionale au réseau institutionnel. Ils redoutent de voir leur financement public fortement réduit.

Enfin, la santé mentale revêt une composante socio-culturelle qui lui est indissociable. À ce sujet, un chercheur en psychiatrie transculturelle rappelle le rôle de prévention des organismes communautaires, rôle qu'il convient de reconnaître et de soutenir. Des équipes multidisciplinaires en ethnopsychiatrie devraient contribuer à former des professionnels et des spécialistes en santé mentale afin qu'ils tiennent compte des différences culturelles. Il souligne encore la nécessité de la présence d'interprètes et de médiateurs culturels. « La formation doit remplacer les campagnes de sensibilisation », recommande-t-il. Certains membres de comités d'usagers font écho à ces préoccupations et exigent l'accessibilité aux services de

santé mentale dans leur langue surtout pour les personnes âgées d'origine étrangère.

5.5.6 Réseau de services intégrés pour les adultes présentant un trouble envahissant du développement (TED)

Tout en appuyant les actions du Plan, Autisme et troubles envahissant du développement Montréal (ATEDM) estime qu'il faut intensifier et offrir de façon précoce les traitements de réadaptation intensive comportementale (ABA). ATEDM admet cependant que l'on manque d'experts et que les listes d'attente des Centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) sont longues. ATEDM regrette que l'on insère les clientèles autiste et TED dans des structures et des services adaptés à d'autres clientèles (déficience intellectuelle, santé mentale). Il est donc urgent de recruter des experts et d'en former. ATEDM souligne que l'autisme et les TED ne sont pas des maladies mentales et ne sont pas reliés à des problèmes psychologiques ni obligatoirement à une déficience intellectuelle. Le CRADI souligne également cette caractéristique.

Devant l'augmentation massive des TED, ATEDM propose la mise en place d'un Centre national et régional pour la clientèle des TED qui aurait des fonctions de coordination, de planification, d'évaluation, de recherche, d'analyse et de bilan; un tel centre pourrait relever d'une université. Enfin, pour ATEDM, le Plan triennal devrait inclure un programme de dépistage en milieu scolaire et un programme d'interaction avec le ministère de l'Emploi pour la clientèle adulte.

Sur ce point, les hôpitaux psychiatriques de Montréal conviennent avec la Régie de standardiser les interventions des CRDI et d'établir un partenariat CRDI-CHSP-CH, ainsi que des liaisons intersectorielles avec les CPE, les écoles, les Services spécialisés de main-d'œuvre (SSMO) de manière à dépister les enfants atteints de TED et de leur dispenser les traitements et les soins nécessaires sans délai.

5.6 Se doter de plans régionaux d'organisation des services dans quatre secteurs prioritaires

La restructuration des services d'hébergement et de soins prolongés, ainsi que l'amélioration de la prestation des services en déficience physique et en déficience

intellectuelle recueillent un large assentiment auprès des publics consultés, assentiment conditionnel à l'injection de nouvelles ressources.

5.6.1 Plan régional d'organisation des services d'hébergement et de soins prolongés

La Conférence régionale de l'Association des hôpitaux du Québec de Montréal-Centre se déclare favorable à la mise en place d'un plan d'organisation des services en hébergement et en soins prolongés. Il se traduirait principalement par une augmentation du nombre de lits dans les CHSLD. Cependant la Conférence demande de faire correspondre à cette mesure un véritable budget annuel régulier pour s'ajuster aux variations saisonnières propres à l'hébergement et à la réadaptation. En concomitance, la Conférence régionale de l'AHQ de Montréal-Centre propose d'atteindre deux objectifs : éliminer en trois ans tous les lits longue durée dans les Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et réduire à 28 jours l'attente maximale des personnes dont l'état de santé exige un hébergement institutionnel.

En matière d'hébergement, les CHSLD se présentent chacun comme une véritable clé de voûte des réseaux de services intégrés. C'est pourquoi le Regroupement des CHSLD souhaite que la Régie régionale confirme les CHSLD à titre de maître d'œuvre de la gestion des ressources d'hébergement et des ressources intermédiaires.

Prêts à participer à la consolidation et à la création de réseaux intermédiaires certifiés pour l'hébergement (RRICH), le Regroupement estime, en accord avec la Régie régionale, qu'il serait judicieux de recourir au soutien d'un partenariat public-privé. À tout le moins, il recommande de réaliser quelques expériences-pilotes. Il est déçu que la Régie régionale reporte la planification des services d'hébergement à plus tard, soit au moment de l'élaboration d'un (PROS).

Quoi qu'il en soit, il est d'avis que la Régie doit s'assurer de la disponibilité adéquate des soins infirmiers pour que son Plan réussisse. Selon le Regroupement, il est nécessaire que d'ici 2006 tous les CHSLD offrent un taux de réponse aux besoins de la clientèle d'au moins 80 %, étape essentielle sur la route du taux de

réponse de 100 %. Cet organisme s'étonne que cet objectif incontournable soit absent du plan 2003-2006.

Cette perspective devrait réjouir les aidants naturels qui, s'exprimant dans un Comité d'usagers, déclarent attendre un certain soulagement de l'hébergement d'un de leur proche dans l'un des CHSLD.

Le mémoire du Conseil central du Montréal métropolitain (CSN) peut se résumer en deux phrases : non à la privatisation quelle qu'en soit la forme; oui à un financement gouvernemental accru dans tous les secteurs. *Le Conseil central du Montréal métropolitain (CSN) voit d'un bon œil l'arrivée dans le réseau de 4000 personnes additionnelles tel que le prévoient le Plan. Cependant, au chapitre de l'hébergement, la CSN constate la pénurie de lits de courte durée. Elle note qu'à la réduction de la durée moyenne des séjours hospitaliers que planifie la Régie régionale, devrait correspondre un nombre réduit de lits. Cette éventualité incite la CSN à militer en faveur du financement de services à domicile publics et gratuits.* Elle déplore le faible pourcentage de patients bénéficiant de services à domicile et le peu d'intensité de ces services. Pour la CSN, dans le Plan 2003-2006, la stratégie qui consiste à accroître le recours aux services d'hébergement alternatifs semble procéder d'une volonté de privatiser ; elle s'y oppose.

La FIIQ ne croit pas qu'une mesure comme l'augmentation des places communautaires puisse corriger et prévenir l'itinérance et l'exclusion sociale. Il lui semble illusoire, d'autre part, de compter sur les organismes communautaires ou les aidants naturels pour pallier, à moindre coût, les déficiences du réseau ou l'engorgement des centres hospitaliers.

Dans l'immédiat, les Centres hospitaliers de réadaptation (CHR) préconisent le maintien du Programme de lits de soins subaigus dans les CHR sur une base annuelle voire triennale. Ils considèrent que l'amélioration des cliniques et des services externes devrait permettre de mieux accueillir la clientèle qui doit être hospitalisée.

Pour faire face au surnombre de patients en attente d'un lit, l'hôpital du Sacré-Cœur propose d'établir un service d'hébergement transitoire dans son établissement. Sous le nom d'hébergement temporaire, cette idée est relayée par

l'Ordre des ergothérapeutes qui suggère de l'étendre à d'autres établissements. Parallèlement, l'hôpital du Sacré-Coeur souhaite que le projet de centre ambulatoire, que l'on avait envisagé de créer lors de la planification 1998-2002, se concrétise à l'occasion du nouveau plan puisqu'il s'agit d'un moyen important pour alléger sa salle d'urgence.

La Société d'implantation du CHUM, la SICHUM, propose de localiser à l'Hôpital Saint-Luc un CHSLD de 300 lits et à l'Hôtel-Dieu 200 lits de soins de longue durée, 40 lits de réadaptation et 20 lits de soins palliatifs.

Enfin, en accord avec les propositions de la Régie régionale, la Ville de Montréal estime que « le support communautaire en logement social doit bénéficier de budgets suffisants pour couvrir les projets existants, ceux actuellement en cours de réalisation et ceux qui seront développés entre 2004 et 2008 ».

6.6.2 Plan régional d'organisation des services en déficience physique

Le Regroupement des organismes de promotion du Montréal métropolitain (ROPMM) propose que l'élaboration d'un Plan régional d'organisation des services en déficience physique soit effectué à partir des documents résultant des travaux antérieurs, adoptés aux besoins de 2003 et terminé d'ici novembre 2003. Il devrait prioritairement proposer un plan de mise en œuvre et être mis en œuvre le plus tôt possible.

« Faire-en plus pour les personnes handicapées ! » Sans doute l'impérative suggestion de l'Office des personnes handicapées du Québec pourrait-elle s'appliquer à l'ensemble des personnes et des organismes qui ont émis des avis à propos du Plan régional d'organisation des services en déficience physique.

Tout en souscrivant à l'esprit et souvent à la lettre des mesures du Plan 2003-2006, la plupart des interventions ouvrent des perspectives d'améliorations pratiques. Par exemple, l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) souhaite des rampes (terme global) pour faciliter l'accès aux futurs GMF, mais également aux cabinets de dentistes, d'optométristes, etc. Une telle décision impliquerait la réalisation de constructions architecturales relativement onéreuses; qui en assumera

les frais : la Ville ? la Régie ? les propriétaires qui louent les espaces ? les personnes qui agissent à titre de ressources intermédiaires ?

L'OPHQ rappelle que, selon sa définition du handicap, 17 % de la population de Montréal souffrent d'incapacités physiques. Compte tenu de cette proportion, l'Office demande à la Régie régionale d'inclure les personnes handicapées dans le groupe des clientèles vulnérables et donc prioritaires dans les PSIS (PAPA, Déficience physique et Déficience intellectuelle), les GMF, les services intégrés. Une suggestion semblable est formulée par le Centre hospitalier de réadaptation (CHR) et le Regroupement des établissements en déficience physique de Montréal (RÉDPPM). Ils en tirent une double conséquence : devant l'augmentation actuelle et future du nombre d'interventions chirurgicales orthopédiques, les CHR prévoient une notable augmentation des programmes de réadaptation; le RÉDPPM préconise de profiter de la concentration des services spécialisés et surspécialisés de réadaptation en déficience physique et des travaux à la fine pointe du Centre interdisciplinaire en réadaptation qui regroupe six établissements et trois universités, pour intensifier la formation de personnel qualifié. Dans les deux cas, d'importants investissements financiers seront nécessaires.

Dans la même ligne de pensée que l'OPHQ, le Regroupement des établissements en déficience physique de Montréal, les CHR, certains CLSC, l'Institut de recherche pour le développement social des jeunes (IRD) et l'Institut Nazareth et Louis-Braille (INBL) estiment que le critère d'orientation vers les services adéquats ne doit pas être l'âge mais la nature des besoins.

Pour sa part, le Conseil d'établissement de l'École Notre-Dame attire l'attention sur le manque criant de ressources en réadaptation :

« ... Les intervenants en réadaptation n'ont plus les ressources pour accomplir leur travail car il y a eu une augmentation et un alourdissement de la clientèle au fil des années...

« En 1989 il y avait 130 élèves, en 1996 155 et en 2002 182 élèves.

En 1989, 49% des enfants nécessitaient de l'aide à l'alimentation comparativement à 96% en 2002.

En 1989 20% de la clientèle était autonome pour l'habillage, en 2002 4% seulement l'est. Donc 96% requièrent du support pour l'habillage... »

En 2002, 77,2% des enfants présentent un déficit moteur cérébral (DMC), 4,8% un déficit moteur global (DMG), 12,0% une maladie neuromusculaire (MNM), 1,8% un traumatisme crânio-cérébral (TCC) et 3,0% un retard de développement.

... Dans les ressources c'est pas assez payant. Il n'y a eu aucun ajout de personnel tant en ergothérapie qu'en physiothérapie ou au niveau des préposés et des soins infirmiers... »

... Nous voulons nous assurer que vous, la régie régionale de Montréal-Centre, soyez au fait et n'ayez plus aucun doute qu'il y a un manque de ressources important au niveau de la réadaptation à l'école Victor-Doré et que vous allez prendre tous les moyens pour y remédier le plus tôt possible, puisqu'il y va du développement et du bien-être physique de nos enfants... »

L'Ordre des ergothérapeutes reconnaît le rôle essentiel des CLSC dans l'intégration des services. À cet égard, il admet que les activités de réadaptation de base sont bien à leur place au sein des CLSC; en revanche, il incite les CLSC à laisser le champ libre aux centres de réadaptation pour ce qui touche la réadaptation spécialisée. Il juge, en outre, opportun de remplacer le projet (trop restrictif) de développement des ressources d'intégration au travail que propose le Plan de la Régie par un objectif (plus large) d'intégration à des activités occupationnelles.

5.6.2 Plan régional d'organisation des services en déficience intellectuelle

Le Plan bénéficie du soutien général des principaux prestataires de services dans le domaine de la déficience intellectuelle. Le Curateur public juge que « les mesures proposées pour les personnes ayant une déficience intellectuelle, notamment la poursuite des transferts d'institution vers des ressources dans la communauté, sont importantes pour les personnes qui sont sous sa responsabilité. » Les critiques et les inquiétudes portent sur le manque de ressources. « Le personnel à bout de souffle est trop souvent confronté à des réorganisations dont le seul impératif est budgétaire », s'écrie le porte-parole du Conseil central du Montréal Métropolitain (CSN). L'essentiel des remarques se trouvent formulées par la Table de

concertation des centres de réadaptation en déficience intellectuelle de Montréal (CRDI) et par le Comité régional des associations pour la déficience intellectuelle (CRADI).

Les CRDI recommandent que la clientèle en déficience intellectuelle soit incluse dans la priorité sur la réduction des inégalités sociales car ces personnes ont besoin d'une amélioration de leurs conditions de vie (sécurité financière, logement, transport accessible, etc.). Ces éléments favorisent l'intégration sociale et préviennent les inégalités que subissent les personnes déficientes intellectuelles.

Unanimement, les prestataires de services réclament que les travaux relatifs aux PROS en déficience intellectuelle débutent dans les meilleurs délais. Les CRDI et le CRADI se déclarent prêts à être parties prenantes dans le processus de programmation régionale. Ils veulent que ce mandat soit inclus dans les ententes de gestion. Ils estiment que la déficience intellectuelle doit être incluse dans la priorité de réduire les inégalités sociales par des actions efficaces de prévention. Ils considèrent primordial que des logements sociaux avec support communautaire soient réservés pour les personnes présentant une déficience intellectuelle car la pauvreté et la rareté des ressources locatives touchent directement ces personnes. Ils insistent sur la nécessité d'un meilleur accès au Transport adapté (la Table des CRDI a présenté un mémoire à la Commission des Transports du Québec). Ils demandent que la Régie adapte la ligne téléphonique Info-social pour les familles des personnes handicapées.

Les CRDI tout comme le CRADI offrent une gamme élaborée de services à très long terme à plusieurs milliers de personnes présentant une déficience intellectuelle de la petite enfance à l'âge adulte avancé, ils sont bien implantés dans leur territoire de desserte et ont développé des liens serrés avec les familles, les organismes communautaires et le milieu. Les comités d'usagers y sont très actifs.

La pénurie de main-d'oeuvre affecte les CRDI tout comme le CRADI. Des mesures favorisant la rétention de la main-d'œuvre et des conditions de travail mobilisantes doivent donc être développées. Il est nécessaire de revoir les conventions collectives afin qu'elles répondent aux modalités de travail des intervenants dans la communauté et qu'elles ne soient plus basées sur un modèle institutionnel.

Les CRDI et le CRADI souhaitent consolider leur compétence spécifique acquise au fil des années auprès des personnes atteintes de déficience intellectuelle. À cette fin, ils proposent à la Régie de soutenir financièrement leur projet de formation de personnel car les interventions sont de plus en plus spécialisés et les comportements de la clientèle de plus en plus complexes.

Dernière remarque mais non la moindre, le CRDI mentionne que la recherche scientifique est une activité importante susceptible d'améliorer la compréhension des mécanismes de la déficience intellectuelle et d'en limiter les dommages.

5.6.4 Plan régional d'organisation des services en périnatalité

Le Forum interactif sur l'intégration des services en périnatalité a permis de véhiculer toutes les idées significatives touchant la périnatalité. Il englobe donc les prises de position exprimées formellement et fermement par deux organismes : le Regroupement des centres de la petite enfance de l'Île de Montréal et le Centre universitaire Mère-Enfant Sainte-Justine.

Les personnes présentes au Forum ont manifesté leur déception et leur inquiétude devant le fait que la périnatalité était intégrée au point jeunesse lors de la consultation ce qui a pour conséquence de noyer les enjeux propres à la périnatalité qui diffèrent de ceux de la jeunesse.

Selon les membres présents, il faut que la Régie régionale considère avant tout les services en périnatalité comme une entité autonome.

Les personnes consultées considèrent comme une condition de succès incontournable d'inclure dans le Plan la vision régionale des services à offrir à l'ensemble des femmes durant toute la période entourant la grossesse et le premier mois de vie de l'enfant.

L'offre de soins actuelle doit être améliorée dans sa globalité. À titre d'exemples, les services pour la période prénatale sont peu disponibles et non universels, l'accouchement par une sage-femme est peu accessible, les maisons de naissance, débordées, ne peuvent répondre à la demande, la durée du séjour hospitalier est souvent prolongée, les services postnataux dans les CLSC sont insuffisants, il

existe une duplication de services ou encore une absence de services et enfin, il y a moins de généralistes qui font des accouchements, etc.

Les personnes consultées sont toutes d'accord pour maintenir des actions spécifiques et intensives auprès des femmes en situation de vulnérabilité, mais pas au détriment des 20 000 autres femmes dont l'état exige des soins et des services qui doivent être rendus en continuité par les médecins, les sages-femmes, les CLSC, les CH...

Parmi les autres conditions de réussite, on peut retenir les actions suivantes :

- Appliquer toutes les mesures inscrites au cadre de référence sur les modalités d'articulation CHA-CLSC-Médecins traitants - Volet postnatal.
- Développer un cadre de référence sur les services universels à offrir en période prénatale.
- Développer un service régional spécialisé en périnatalité - toxicomanie.
- Accroître l'accessibilité des services offerts par les sages-femmes et développer un plan régional d'organisation des services sages-femmes et maisons de naissance.
- Investir financièrement, dès maintenant, dans les services pré et postnataux et les services spécialisés toxico-périnatalité.
- Offrir une formation intégrée aux infirmières en périnatalité des CHA, CLSC, Info-Santé pour les services postnataux (0-7 jours).
- Développer le PROS rapidement et en parallèle aux actions prioritaires susmentionnées.

Sectoriser les services spécialisés en périnatalité et néonatalogie par niveau de soins et non pas par secteur géographique (Centre hospitalier spécialisé).

Virage ambulatoire manqué, services absents, accessibilité limitée : l'offre de services ne répond pas toujours aux besoins des 24 000 femmes qui accouchent à Montréal. Cette offre doit être universelle autant pour les services hospitaliers et les maisons de naissance que pour les services dans les CLSC. Les porte-parole des organismes ont remarqué qu'à l'exception d'un PROS (mesure qu'elles

soutiennent), aucune mesure propre à la périnatalité ne figure dans le Plan stratégique 2003-2006.

5.6.5 Actions à retenir et à transférer au chapitre de la périnatalité

- Développer un PROS en périnatalité.
- *Déployer, dans les 29 CLSC, le programme intégré de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance à l'intention des femmes enceintes, des mères, des pères et des enfants vivant en contexte de grande pauvreté, tout en travaillant dans une perspective de santé globale.*
- Soutenir la pratique de l'allaitement maternel, notamment en instaurant le réseau Amis des bébés dans les services de maternité des centres hospitaliers, les CLSC et les Maisons de naissance.
- Assurer le déploiement de l'outil Avis de naissance dans les hôpitaux accoucheurs et les CLSC de la région, auprès de la Direction de la santé publique et du Directeur de l'État civil.

5.6.6 Actions à améliorer

Dans le développement du PROS en périnatalité, ajouter : « La composante qui tient compte des préoccupations des professionnels, des médecins généralistes, des obstétriciens-gynécologues, des sages-femmes et des besoins des femmes enceintes et de celles qui accouchent ».

Au déploiement du programme intégré de promotion et de prévention en périnatalité dans les 29 CLSC, ajouter : « Intégrer les CH accoucheurs et les médecins accoucheurs dans l'implantation du programme ».

En plus du soutien à la pratique de l'allaitement maternel, ajouter : « Assurer une réponse 24/7 aux mères qui allaitent durant les 7 jours qui suivent le congé hospitalier (après la naissance) ».

En ce qui concerne la promotion du développement et de l'adaptation sociale des tout-petits, trois actions sont à retenir :

- Travailler à l'amélioration des conditions de vie des familles (sécurité alimentaire, développement social, logement, accès au revenu, à l'éducation et à

l'emploi) en particulier avec les CLSC, la Ville, les organismes communautaires.

- Soutenir les pratiques cliniques préventives chez les médecins, comme la promotion de l'allaitement maternel, le counselling sur les saines habitudes de vie (tabac et alcool) et la stimulation précoce des tout-petits.
- *Favoriser des interventions en stimulation précoce (sur les plans moteur, langagier, cognitif et social) auprès des tout-petits, en complémentarité avec les CLSC et les organismes communautaires et de concert avec les milieux de garde.*

5.7 Intégration des besoins des femmes à la planification régionale des différents continuums de soins et de services

La partie de la consultation portant sur l'intégration des besoins des femmes dans le continuum de soins et de services visait à déterminer si les propositions mises de l'avant par la Régie contribueront à mieux adapter les services aux besoins particuliers des femmes et à mieux aligner les priorités en ce sens.

Le CRINM invite la Régie régionale à reconnaître l'approche différenciée selon les sexes comme une méthode essentielle pour adapter l'ensemble des services de santé et des services sociaux aux besoins particuliers des femmes. Il recommande que cette méthode soit systématiquement utilisée dans la planification et la mise en œuvre de ses programmes.

Le Conseil central du Montréal Métropolitain (CSN) estime qu'en raison de la précarité des dernières années, beaucoup de femmes ont perdu leur travail ce qui a eu des conséquences sur leur santé physique et mentale. C'est pourquoi le Conseil demande à la Régie de porter une attention particulière à la protection et au développement d'emplois de qualité pour les femmes.

Le Y des femmes de Montréal exige carrément que la question de l'intégration des besoins des femmes dans la planification régionale en matière de santé et de services sociaux devienne la 7e priorité du Plan triennal et que la Régie régionale tienne compte des besoins des femmes non seulement dans ses orientations générales mais également dans l'élaboration de ses programmes et de ses services. C'est également l'avis de deux autres organismes : la Table des groupes de femmes

de Montréal et L'Escale pour Elle, membre du regroupement régional Les maisons de l'île.

De fait, la position de L'Escale pour Elle (Montréal) est encore plus tranchée puisqu'elle affirme que la section 5.7 « n'est qu'une synthèse laconique des principales actions déjà énoncées et décrites à l'intérieur des six grandes priorités identifiées par la Régie régionale. Ce choix... empêche d'avoir une compréhension globale et intégrée des problèmes qui touchent les femmes d'une façon particulière et ne permet pas d'évaluer les ressources et les budgets qui y seront affectés. » Tout en admettant que la Régie tient compte en partie des préoccupations des femmes en leur consacrant la section 5.7 de son document de consultation, le Y des femmes déplore que cette dernière ne fasse aucunement mention des ressources humaines et financières allouées pour réaliser les actions qu'elle propose.

La Table des groupes de femmes de Montréal et l'Escale pour Elle souhaitent, de plus, que la Régie tienne compte des trois objectifs ministériels énoncés dans le document Au féminin... à l'écoute de nos besoins publié en janvier 2003. La Table préconise également l'intégration d'une approche de coordination transversale des dossiers de condition féminine, ainsi que la création d'un comité spécial régional de consultation des groupes de femmes en matière de services sociaux et de santé.

L'Escale pour Elle déplore aussi l'abolition, en 1996, de la fonction de coordination relevant du Service de conditions de vie des femmes de la Régie régionale de Montréal-Centre. Tout comme la Table des groupes de femmes de Montréal, cet organisme souhaite que soit mis sur pied un comité régional en matière de condition féminine qui veillerait à l'application des orientations ministérielles ayant une influence sur les conditions de vie des femmes et à leur intégration dans les plans régionaux d'organisation des services de santé et des services sociaux.

Le Y des Femmes de Montréal reconnaît par ailleurs dans les actions proposées par le Plan une réponse à certains besoins de la population féminine mais estime que les femmes sont les mieux placées pour trouver elles-mêmes des solutions à leurs difficultés. Le Y attire notamment l'attention sur le besoin de contrer l'isolement des femmes de 45 à 64 ans.

Le Projet de trois tables de concertation sur la violence faite aux femmes est déçu du peu de cas qu'on fait dans le Plan triennal de la violence contre les femmes. L'organisme souligne que les efforts visant à protéger les enfants témoins seront inefficaces s'ils ne vont pas de pair avec la prévention de la violence dont les mères sont victimes. À ce sujet, la Table de concertation des CRDI propose d'offrir une formation sur la contraception et la violence centrée sur les besoins particuliers des femmes présentant une déficience intellectuelle.

Le Comité d'action femmes et sécurité urbaine (CAFSU) considère que la Régie régionale fait fi de l'analyse différenciée selon les sexes, en particulier dans sa façon d'aborder les diverses problématiques relevées dans les huit défis du plan d'action montréalais en santé publique.

Enfin, des comités d'usagers dénoncent le fait que dans certains établissements, par exemple à la DPJ, on aurait des attentes supérieures à l'égard des femmes qui doivent être des modèles de vertu pour les enfants alors que l'on est beaucoup plus tolérant envers les hommes. Le comité déplore aussi que le financement des services soit basé seulement sur les personnes qui éprouvent des problèmes sans prendre en compte les personnes de leur entourage (conjointe, enfants).

5.3 Le respect des caractéristiques linguistiques et culturelles de la population

La Régie régionale a comme orientation fondamentale de prendre en compte les caractéristiques socioculturelles et linguistiques de la population qu'elle dessert et des établissements désignés ou indiqués comme devant offrir leurs services en français ou dans une autre langue, principalement l'anglais.

Service à la famille chinoise :

...« Pour permettre à la Régie régionale d'adapter l'organisation des services nous recommandons :
Que la Régie régionale mandate un comité pour élaborer des mesures à prendre pour que l'organisation des services répondent aux caractéristiques socioculturelles et linguistiques des aînés d'origine chinoise. Ce comité devrait être d'origine chinoise et les représentants des organismes communautaires intervenant auprès des aînés d'origine chinoise. »

5.8.1 Clientèle anglophone

Nombreux sont les organismes qui ont signalé des déficiences importantes dans les services offerts aux anglophones. Ainsi, le Comité directeur pour le développement du réseau - CUSM affirme qu'il manque toujours des places d'hébergement pour les personnes âgées de langue anglaise en perte d'autonomie. C'est l'avis également du Regroupement des CHSLD de la région de Montréal qui suggère que soient repris les objectifs énoncés à cet égard dans le plan 1998-2002. Le Regional Committee for Access Programmes to Health and Social Services in English in Montreal-Centre, ainsi que le Conseil catholique d'expression anglaise, enjoignent la Régie régionale de s'attaquer au problème de la pénurie de lits longue durée pour la clientèle anglophone. Les CHSLD Father Dowd, St-Andrew et St. Margaret ajoutent que le découpage territorial à Montréal doit tenir compte de la réalité de la communauté anglophone et de ses habitudes de consommation de services.

À ce sujet, le Conseil catholique d'expression anglaise note une forte tendance à organiser les services de manière verticale sur la base des territoires des CLSC. Le Conseil demande à la Régie régionale de résister à cette tendance lorsqu'elle peut compromettre la capacité des CLSC, des CHSLD, des organismes communautaires et de services sociaux, ayant des mandats régionaux et suprarégionaux, à maintenir et à améliorer les services aux Montréalais anglophones. Le Conseil exige que l'on reconnaisse le secteur communautaire comme un partenaire en précisant que pour les anglophones, les organismes communautaires sont souvent la première ligne.

Enfin, le Comité régional sur les programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise a remarqué avec plaisir que la Régie place, dans son document de consultation, le respect pour la diversité linguistique et ethnoculturelle parmi ses principes fondamentaux. Ceci étant dit, l'influence de ce principe devrait marquer les différents aspects du plan. En conséquence, le Comité croit que la section consacrée au respect des caractéristiques linguistiques et ethnoculturelles de la population serait mieux placée au commencement du document.

Le comité recommande de procéder à la révision du programme régional d'accès afin que celui-ci reflète les changements au niveau des besoins de la communauté et de l'organisation des services car le plan actuel a été conçu en 1996.

5.8.2 Clientèle immigrante

Le Conseil régional de développement de l'île de Montréal souhaite que l'un des objectifs globaux poursuivis par la Régie régionale soit d'adapter ses programmes afin de mieux répondre aux besoins des personnes issues de l'immigration vivant sur l'île de Montréal. Cet avis a également été exprimé par le Forum interactif sur l'intégration des services Jeunesse qui suggère d'aller au devant des jeunes immigrants et de développer l'accès linguistique aux services partout dans l'île. Le Projet Genèse va plus loin en dénonçant le fait qu'il n'y ait, dans le document de consultation, que peu ou pas de mention des besoins des nouveaux immigrants et des communautés culturelles pourtant très présentes à Montréal. Selon cet organisme, les nouveaux immigrants vivent des difficultés relativement à la connaissance des services, à l'accès et au confort culturel en établissement. Le document de consultation de la Régie régionale, selon le Projet Genèse, fait peu cas de l'aspect linguistique des services offerts. Pour sa part, l'Escale pour Elle reproche à la Régie régionale de ne pas tenir compte des besoins des femmes des communautés culturelles. Quant au Regroupement des CHSLD de la région de Montréal, il précise que la Régie devrait se demander comment elle peut assurer l'accès à des services d'hébergement adaptés en fonction des spécificités linguistiques et culturelles.

Le Regional Committee for Access Programmes to Health and Social Services in English in Montreal-Centre est concerné au premier chef par cette question. Il apprécie la mention du respect des diversités culturelles et linguistiques en tant que principe directeur et voudrait que la clientèle anglophone bénéficie du même niveau d'accès que les francophones. Par exemple, il demande que le matériel de promotion de la santé, les brochures d'information et les outils d'intervention soient disponibles en anglais et que des budgets à cette fin soient prévus dès le début de la planification. Le Regional Committee demande également que l'équité d'accès linguistique soit assurée dans tous les points de services des réseaux. Dans le domaine de la toxicomanie, le Centre Dollard-Cormier indique qu'il faut

repenser l'offre de services pour la clientèle anglophone, sans toutefois donner plus de précisions. Enfin, l'organisme Santé mentale et communautés culturelles affirme que le poids démographique croissant des immigrants et des réfugiés dans la région montréalaise doit être pris en considération dans la restructuration des services de santé : organisation des services, pratique clinique, formation des professionnels et des intervenants, prévention multisectorielle.

6. Action intersectorielle, intégration des services et approche territoriale

À propos de la coordination intersectorielle, la Commission multidisciplinaire régionale a produit un mémoire dont elle cite un extrait : « Les pistes de solutions proposées nous semblent pertinentes, compte tenu de la complexité de la toile de fond montréalaise et du peu de pouvoir de la Régie régionale à cet égard ». Mais elle souligne cependant qu'il est nécessaire de mesurer l'impact d'une telle démarche avant de procéder à une désectorisation complète.

Le Projet des trois tables de concertation sur la violence faite aux femmes a mis en pratique des mécanismes de concertation intersectorielle et inter-tables. Le Projet est d'avis que ce mode de fonctionnement s'inscrit dans une démarche de longue haleine mais qui porte fruit. L'organisme souhaite faire bénéficier d'autres instances de son expérience de concertation intersectorielle.

Les Hôpitaux psychiatriques de Montréal craignent, quant à eux, la déresponsabilisation que peut entraîner la désectorisation des services.

La Commission scolaire Marguerite-Bourgeois souligne la complexité de l'approche territoriale. Elle exprime une crainte reliée aux inégalités constatées entre les services dispensés par les CLSC présents sur son territoire : le secteur jeunesse ne semble pas être une priorité partout et certaines écoles éprouvent des difficultés pour accéder à des services. La Commission scolaire prône une action en continuité. L'établissement de programmes concertés d'intervention auprès des jeunes est difficile à réaliser quand une école scolarise des élèves dont les domiciles se situent sur plusieurs territoires de CLSC.

La Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys croit au contraire que « la Régie régionale emprunte une voie prometteuse en proposant de s'associer à chaque commission scolaire comme organisme clé sur une partie de son territoire. Le partenariat conditionnera l'efficacité et l'efficience des programmes de prévention destinés aux enfants et aux jeunes ainsi qu'à leurs parents, ainsi que des programmes d'intervention auprès des jeunes aux prises avec des difficultés de toutes sortes. »

La Commission scolaire est désireuse de travailler en partenariat avec la Régie régionale à l'examen de tout ce qui pourra contribuer à optimiser la continuité de l'intervention auprès des jeunes et l'utilisation des ressources.

Tout en ne s'opposant pas au découpage en sous-régions comme tel, le Comité directeur pour le développement du réseau – CUSM estime que le développement des soins intégrés doit rester flexible et dépasser le cadre des sous-régions. *Le Comité craint que l'on crée ainsi des barrières artificielles et souligne que le CUSM a réussi à développer son continuum de soins sans ce découpage…*

À ce sujet justement, la solution, selon la FIIQ, se trouve dans une plus grande cohésion et communication entre les différents intervenants plutôt que dans un découpage territorial.

7. Défis de gestion 2003-2006

Ce sont surtout des gestionnaires, administrateurs de centres hospitaliers, représentants des principales associations, fédérations et corporations professionnelles du milieu de la santé qui ont fait écho aux six défis de gestion du Plan triennal de la Régie régionale.

7.1 Implanter de nouveaux outils de gestion orientés vers l'atteinte de résultats mesurés à partir d'objectifs préalablement fixés, la transparence et l'imputabilité

7.1.1 Les ententes de gestion avec les établissements

Les établissements hospitaliers acceptent le principe de signer des ententes de gestion. Ils font valoir néanmoins quelques réserves. La Conférence régionale de

l'AHQ de Montréal-Centre suggère que la signature d'ententes de gestion transparentes, appuyées sur des données probantes et des objectifs réalistes fondés sur des données mesurables, seraient un meilleur gage de l'atteinte des objectifs négociés entre la Régie régionale et les établissements.

Les urgentologues estiment que les contrats de gestion constituent des outils de gestion susceptibles de produire des résultats plus tangibles que les engagements moraux des dernières années.

Le Comité régional des services en milieu scolaire demande la mobilisation des ressources nécessaires à la réduction des délais d'accès aux services de protection de la jeunesse (19 jours aux Centres jeunesse de Montréal, 17 jours au Centre Batshaw), ainsi que les délais d'accès aux services d'expertise psychosociale à la Cour Supérieure, l'objectif visé étant de 12 jours.

La Commission multidisciplinaire régionale (CMUR) fait remarquer que compte tenu du fait que les établissements devront s'inscrire dans un processus d'agrément par rapport à la qualité des services qu'ils rendent, il serait opportun que la Régie régionale développe des indicateurs en concordance avec ceux prévus par les organismes d'accréditation reconnus.

En soulignant que le cadre des ententes de gestion est bilatéral, le Comité directeur pour le développement du réseau - CUSM suggère que l'on envisage de fonder certaines ententes sur des populations désignées. Ainsi, selon lui, le développement des continuums de soins réalisés pourrait être un élément de mesure de la performance de l'établissement.

La Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles affirme que la logique des contrats de performance lui échappe et a tendance a priori à considérer les bulletins des établissements comme le symptôme d'un malaise profond quant à l'avenir du système public plutôt que comme un élément de solution pour résoudre les problèmes auxquels les établissements sont confrontés.

Madame Donna Farmer est d'avis que pour assurer une distribution équitable des fonds qui soit conforme à la planification stratégique, des mesures d'imputabilité de l'allocation des ressources à chaque sous-groupe (soins post-opératoires, soins

palliatifs, déficience physique, perte d'autonomie) doivent être mises en place et rendues publiques périodiquement.

Les ententes de gestion devraient prévoir des budgets de transition pour les changements demandés aux établissements, selon la Commission infirmière régionale de Montréal-Centre.

7.1.2 Évaluer pour s'améliorer

La CIR accepte que des outils soient mis au point pour l'évaluation de la performance mais demande de s'assurer que les outils ne démotivent pas les intervenants.

L'Association professionnelle des pharmaciens d'établissement note que l'enveloppe des médicaments croîtra de 42 M$ à Montréal entre 2003 et 2006 et suggère que la compétence des pharmaciens d'établissement dans le domaine de la gestion de la pharmacothérapie optimale est négligée ; l'Association propose de constituer un forum pour valoriser la nécessité de l'utilisation optimale des médicaments.

7.2 S'assurer de la disponibilité et de la mobilisation des médecins

7.2.1 Médecins généralistes

L'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM) est préoccupée par la pénurie de médecins omnipraticiens :

« ... L'organisation des soins dans une région comme la nôtre, qui doit desservir près de 2,5 M d'habitants, passe par des effectifs suffisants. Ne nous leurrons pas, le nombre actuel de généralistes ne doit pas cacher les véritables enjeux qui président à la préparation des plans d'effectifs au Québec. De l'avis des gestionnaires de la région, du MSSS et de la FMOQ, il manque actuellement à Montréal, en première ligne, 193 ETP, ce qui équivaut à 250 médecins. Ce chiffre est trompeur, car plusieurs critères défavorisant notre région n'ont pas été retenus…

... L'indice d'accès à la première ligne est aussi bas à Montréal, ce qui s'explique par les effectifs en décroissance. Pas surprenant que tant de nos citoyens cherchent actuellement un médecin de famille sans succès...

...La régie régionale devra être très attentive et très ferme lors de la détermination des objectifs de croissance et de décroissance de 2004. Il ne faudra pas renouveler sous un emballage différent les méfaits du décret de 1982, principal responsable de nos problèmes d'effectifs...

...Dans les établissements de courte durée, les effectifs, sous l'impulsion des AMP et du décret, semblent mieux répartis et suffisants...

...Il faudra garder en tête que les pires années quant à nos effectifs en première ligne ne sont pas derrière nous, mais bien devant nous... »

Les CLSC, quant à eux, désirent un accès adéquat aux activités médicales particulières :

« ... La loi prévoit qu'une Régie régionale a la possibilité de déclarer une AMP lorsque, dans sa région, un secteur d'activités souffre d'une insuffisance de ressources médicales. Étant donné les problématiques montréalaises actuelles, révélant de manière flagrante le besoin d'un suivi particulier à accorder aux personnes plus vulnérables, nous pensons que la Régie régionale de Montréal devrait accorder des AMP à tous les médecins qui accepteraient d'inscrire et d'assurer un suivi médical à ces personnes, incluant les médecins pratiquant en CLSC... »

L'AHQ se déclare favorable à l'approche concernant la disponibilité et la mobilisation des médecins et de la main-d'œuvre mais se déclare également très préoccupée par la pénurie de ressources médicales, infirmières, professionnelles et cadres. Dans ces conditions, l'AHQ demande de prévoir le financement des tâches médico-administratives des médecins.

7.2.2 Médecins spécialistes

Les hôpitaux psychiatriques de Montréal demandent que soient reconnus les mandats régionaux et supra régionaux des CHSP en 3e ligne. De plus, il serait

opportun de réorganiser les stages pour les étudiants entre les universités et les hôpitaux qui leur sont affiliés.

7.3 S'assurer de la disponibilité et de la mobilisation de la main-d'œuvre

Le point commun de la majorité des commentaires tient en un seul mot : pénurie.

Les gestionnaires du réseau manifestent un très large consensus sur l'importance de développer les compétences : interdisciplinarité, travail en équipe, travail en réseau, gestion de la diversité, du changement. Ils font état de la difficulté de libérer du personnel pour la formation en situation de pénurie de main-d'œuvre. Ils notent que la formation académique de base des infirmières est mal adaptée. Ils suggèrent de mettre en place des groupes de travail pour évaluer les besoins de formation, de créer une banque de formateurs compétents, de favoriser le coaching et le mentorat, d'intégrer les nouvelles technologies dans les programmes de formation et d'encourager les projets inter-établissements.

La Table de concertation des centres de réadaptation en déficience intellectuelle de Montréal indique que les CRDI sont touchés par la pénurie de main-d'œuvre. Elle estime donc que des mesures de rétention et des conditions de travail mobilisantes doivent être adoptées pour contrer cette pénurie.

La FIIQ s'étonne que le Plan triennal ait omis de considérer la problématique de la pénurie comme une priorité. En mettant de l'avant l'action qui vise essentiellement à « diminuer les coûts de l'assurance-salaire et à faire augmenter la présence au travail », la Régie adopte un point de vue réducteur, plus punitif que stimulant et ne tient pas compte des causes de l'absentéisme : surcharge quantitative, faible reconnaissance de l'entourage, etc.

Selon la Table des chefs d'urgence de Montréal (TCUM), même les normes minimales applicables à des groupes de travailleurs qui ne sont pas en pénurie (préposés aux bénéficiaires, personnel de bureau) ne sont pas respectées. Elle estime donc que le respect de ces normes doit d'abord être renforcé sans tarder. Ensuite, la TCUM affirme que la réorganisation du travail proposée par la Régie régionale suppose des négociations créatives sur les rémunérations, enjeux qui

dépassent largement, selon elle, les initiatives locales d'un établissement ou d'une région. Mais elle estime que c'est le rôle de la Régie régionale de sensibiliser le Ministère à cette réalité.

Le Regroupement Les sages-femmes du Québec demande qu'on inclut les sages-femmes dans le plan de main-d'œuvre intégrée.

Selon la CMUR, la mobilisation et la disponibilité de la main-d'œuvre doivent passer par la revalorisation des professions qui secondent la pratique médicale. L'approche médicale n'est pas suffisante, c'est pourquoi il faut une approche multidisciplinaire pour couvrir la gamme des services requis.

« *Il n'y a pas de solution miracle* », lance l'Alliance des infirmières de Montréal qui précise : « la reconnaissance du statut professionnel, l'amélioration significative des conditions de travail, la valorisation de la profession et des augmentations salariales significatives favoriseraient le maintien des ressources actuelles dans le réseau et l'attrait pour y œuvrer à titre d'intervenant en santé. » L'Alliance va plus loin encore en affirmant que la main-d'œuvre infirmière mérite l'attention, l'intérêt et la reconnaissance accordés au corps médical puisqu'elle assume des responsabilités de même importance sur le même terrain (pendant 24 heures) et auprès des mêmes clientèles.

Si l'ajout de 4000 personnes semble faire consensus, la CSN croit que les propositions qui visent une plus grande utilisation des ressources privées et communautaires sont à rejeter. Pour la CSN et la FTQ, le secteur des services auxiliaires et des métiers doit faire l'objet d'une meilleure prise en charge des travailleuses et des travailleurs. La CSN estime que pour être cohérente avec son intention de développer des conditions de travail et d'exercice mieux adaptées aux besoins et aux valeurs des jeunes travailleurs, la Régie régionale devrait permettre la semaine de travail de quatre jours (trente-deux heures) en santé publique. Enfin, la CSN invite les gestionnaires du réseau à mettre un terme à la précarité en affichant et en comblant les postes demeurés vacants depuis longtemps. Cette idée se retrouve à l'Alliance des infirmières du Québec qui pense que dans les CHSLD, une liste des disponibilités règlerait le problème du remplacement et ferait échec à l'épuisement. La FTQ estime qu'il y a dans le réseau trop d'employés à statut

précaire et elle juge que des emplois stables permettraient de mieux fidéliser les travailleurs.

Le CHU Mère-Enfant de Sainte-Justine recommande que la Régie régionale, au-delà de ses stratégies générales concernant la main-d'œuvre, considère avec attention les besoins particuliers des services ultraspécialisés quant au recrutement et à la rétention de personnel infirmier spécialisé et d'autres professionnels.

L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, propose d'ajouter une quatrième action relative à la réorganisation du travail :

... « Quant aux actions proposées, il apparaît important, voire essentiel, d'en ajouter une quatrième qui est d'offrir un soutien financier aux établissements engagés dans la réorganisation du travail. »

7.4 Rendre accessible les systèmes et les technologies de l'information nécessaires au travail en réseau des professionnels et à une gestion basée sur des données probantes.

L'amélioration des systèmes et des technologies de l'informatisation du réseau de la santé à l'échelle de Montréal est unanimement appuyée par tous les professionnels consultés. Les seules réserves concernent des points techniques : la compatibilité des systèmes informatiques, l'uniformisation des codes, l'adaptabilité du personnel des GMF, des cliniques, des CLSC et des CH.

La Conférence régionale de l'AHQ est d'accord avec la population de rendre accessibles les systèmes et les technologies de l'information nécessaires au travail en réseau des professionnels :

« ... Tant que les épisodes de soins se déroulaient à l'intérieur d'un établissement, la circulation de l'information se déroulait à l'interne. Avec le virage ambulatoire et la nécessité d'offrir un continuum de soins et de service à la clientèle, la circulation externe de certaines informations concernant le patient est devenue une nécessité...

...Comme seul un financement adéquat permettra l'évolution rapide des systèmes d'information des centres hospitaliers, nous recommandons à la Régie régionale

de prévoir, dans le Plan stratégique 2003-2006, un soutien financier à la mise à niveau des systèmes d'information du réseau hospitalier... »

Selon le Regroupement des CLSC :

« ... Les nouvelles organisations de services misent sur des systèmes d'information et de communication disponibles, fiables et sécuritaires. Ainsi, l'efficacité d'un réseau de services intégrés est dépendante de la disponibilité de ces technologies dans la mesure où elles permettent à des intervenants de plusieurs établissements de partager de l'information. Elles permettent d'assurer la continuité de services auprès d'un patient (transmission de résultats d'analyses, des résumés d'interventions...) tout en respectant l'obligation de confidentialité sur les informations transmises...

... L'accès à des outils informatisés et standardisés va aussi bonifier la pratique clinique : accès au bottin de ressources informatisé, utilisation de la demande de services inter-établissements sous sa forme électronique, transmission des avis de naissance par voie électronique...

... L'investissement dans des systèmes d'informations à jour n'est plus une priorité de second ordre. Il doit être prévu à part entière dans les budgets de développement... »

L'association des médecins omnipraticiens de Montréal mentionne qu'il s'agit d'un enjeu très important :

« ... Il est évident que cet outil se développe actuellement rapidement dans les domaines de la gestion de la santé et des établissements. Dans le domaine de l'information clinique il en va bien autrement. Il est clair que la pratique de la médecine ne sera plus la même le jour où le médecin pourra obtenir les informations nécessaires aux soins de son patient d'un coup d'index sur le clavier. Malheureusement, il y a loin de la coupe aux lèvres, et encore plus pour un médecin de la région de Montréal...

... . Pour y arriver un jour, il faudra que les dossiers des établissements soient non seulement informatisés, mais que le langage de tous et chacun soit le même... »

Le Comité directeur pour le développement du réseau – CUSM appuie sans réserve le défi concernant le support technologique et insiste sur le partage de l'information entre les organismes.

« ... Nous sommes fortement en faveur de l'usage des technologies de l'information pour partager les renseignements cliniques (DSIE, OEMC). Le CUSM et des médecins de famille partenaires ont réalisé avec succès un projet pilote de partage de renseignements diagnostiques par voie électronique.. »

La Table des chefs d'urgence de Montréal voit dans l'informatisation des urgences une étape essentielle pour pouvoir évaluer, comparer et suivre les plans dans chaque CH au fil du temps et permettre ainsi des bilans régionaux fréquents et stimulants. Les urgentologues ne croient pas que d'imposer un système unique tel que le SIURGE à tous les établissements soit la voie à suivre. L'élément essentiel demeure une intégration des données de l'urgence avec celles de l'hôpital. En conclusion, ils soulignent l'urgence d'agir :

« ... Malheureusement, ni la cadre normatif ni le processus d'accréditation n'ont été mis en place depuis la parution du rapport ministériel sur le sujet en 2001, ce qui est en contradiction avec l'esprit et la lettre des recommandations proposées. Le Régie régionale devrait presser le ministère sur ces questions, afin de confirmer l'existence d'un tel cadre et des orientations choisies... »

Les réserves concernent la confidentialité des données (Comité d'usagers de l'Hôpital Douglas).

La principale opposition à l'informatisation provient de la Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles qui demande un moratoire sur tout projet d'informatisation tant qu'un débat social et parlementaire n'aura pas été fait dans les règles de l'art. Quant au RIOCM, il préconise simplement que la Régie abandonne le projet d'informatisation des dossiers des patients sans plus de précision.

7.5 Maintenir et renforcer les partenariats stratégiques au sein de la communauté montréalaise

Le cinquième défi de gestion lancé par la Régie régionale a suscité de nombreuses offres de collaboration. La Ville de Montréal voit la Régie régionale comme un

partenaire susceptible de l'aider à résoudre ses propres objectifs et, réciproquement, elle perçoit ses propres programmes comme des moyens de faciliter les réalisations du réseau de la santé. La CMUR souligne combien l'association avec les milieux de l'éducation trouve des applications dans l'atteinte de l'objectif de prévention, dans le recrutement d'une main-d'œuvre qualifiée, dans la mise en route de services de transport essentiels notamment pour le maintien à domicile des personnes âgées. Le CRDIM offre la collaboration de ses instances et de ses comités afin de favoriser la concertation régionale autour des enjeux de la santé et du bien-être. L'Office municipal d'habitation de Montréal souhaite travailler à un meilleur arrimage des organismes communautaires et des instances du réseau de la santé.

7.6 Développer des stratégies de financement favorisant une gestion optimale des ressources et la réalisation des priorités d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006

Le défi du financement suscite des commentaires où pointent des notes d'espoir, des déceptions, des demandes…

Le CRDIM soutient la Régie régionale dans ses démarches en vue d'obtenir du gouvernement du Québec un financement équitable pour répondre aux besoins diversifiés de la population de l'île de Montréal.

Le Regroupement des CHSLD exige de la Régie régionale qu'elle dénonce le fait qu'elle ne dispose que de 14, 6 M$ pour maintenir un parc immobilier de 4 G$; il enjoint la Régie régional à édicter un projet de rattrapage pour corriger les dommages causés par les retards. Pour accélérer les réalisations futures, le Regroupement recommande d'exiger du Ministère que les règles des projets autofinancés soient modifiées pour y inclure les projets qui pourraient s'autofinancer en dix ans.

La Table de concertation des CRDI demande qu'un budget récurrent de 12 M$ soit alloué aux CRDI pour répondre aux besoins des personnes en liste d'attente (excluant les personnes présentant un trouble envahissant du développement).

La Conférence régionale de l'AHQ de Montréal-Centre se déclare totalement en désaccord avec le montage financier qui continue de gruger le financement

nécessaire au fonctionnement du réseau hospitalier et demande plutôt que l'attribution des budgets soit fondée sur les volumes d'activités.

8. L'indispensable transport adapté

Le Syndicat canadien de la Fonction Publique (SCFP) affilié à la FTQ, le Regroupement des aidantes et des aidants naturels de Montréal (RAANM), le Projet Genèse, le Forum interactif des services aux personnes âgées, la Coalition pour le maintien dans la communauté (COMACO), la Table de concertation des aînés de l'Île de Montréal (TCAÎM), la Table de concertation des centres de réadaptation en déficience intellectuelle de Montréal (CRDI), les comités des usagers et Donna Farmer… Ils sont nombreux les organismes et les personnes qui réclament davantage de transport adapté soit pour les personnes âgées en perte d'autonomie, soit pour les personnes handicapées, ou encore pour les personnes ayant une déficience intellectuelle.

Il existerait une corrélation entre le vieillissement, l'isolement et l'accès au transport (COMACO, TCAÎM). De là l'exigence que formulent ces organismes d'un meilleur accès au transport pour les personnes en perte d'autonomie. Ils demandent même que la question du transport adapté devienne un dossier prioritaire en santé.

Devant ce constat, la RAANM recommande que la Ville de Montréal et les CLSC collaborent étroitement à l'organisation du transport adapté, les CLSC y jouant un rôle de pivot. La Table de concertation des CRDI juge ce besoin suffisamment important pour en avoir fait l'objet d'un mémoire à l'intention de la Commission des transports du Québec.

Conclusion

Des simples usagers aux gestionnaires aguerris, des médecins généralistes ou spécialistes aux dirigeants de grands établissements hospitaliers, des responsables d'organismes communautaires aux délégués de centrales syndicales, tous les commentaires témoignent d'une compréhension claire des objectifs et des enjeux du Plan triennal 2003-2006 de la Régie régionale de Montréal-Centre.

Pour toutes les personnes qui ont pris part à la consultation organisée par la Régie régionale, ce Plan propose un nouveau mode d'organisation des services de santé. Il n'a échappé à personne qu'il s'articule autour des 29 CLSC de Montréal qui seront appuyés par un réseau d'accès rapide aux services diagnostiques accessibles sans rendez-vous tous les jours de l'année. Ils travailleront en équipe avec les cliniques médicales et les groupes de médecins de famille (GMF) qui se déploieront graduellement.

La clé de cette organisation repose sur la hiérarchisation des services médicaux : première, deuxième et troisième lignes. Cette structure suppose un système d'information électronique qui en assurera la fiabilité et la rapidité d'accès.

Qu'elles soient favorables, défavorables ou nuancées, les opinions recueillies dans ce rapport préliminaire de consultation donnent un reflet très fidèle de la perception qu'a le milieu montréalais des priorités et des moyens d'action proposés pour améliorer la santé et le bien-être de la population d'ici 2006.

Elle serviront de base à l'élaboration d'une proposition bonifiée du Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006 qui sera recommandé au ministre de la Santé et des Services sociaux à l'automne 2003.

Annexe A : Liste des organismes inscrits aux Audiences publiques ayant présenté un avis écrit sur le Plan triennal

No	Nom de l'organisme	Catégorie
2	Alliance des infirmières et infirmiers de Montréal	Syndicat
82	Alliance professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec	Syndicat
53	Association de l'industrie des technologies de la santé	Partenaire
32	Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux	Association
43	Association des haltes-garderies	Partenaires
54	Association des médecins omnipraticiens de Montréal	Organisme médical
68	Association des parents du Centre Gabrielle Major	Population
51	Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec	Association
58	Association professionnelle des technologistes médicaux du Québec (APTMQ)	Syndicat
75	Au coup de pouce Centre-Sud	Organisme communautaire
45	Autisme et troubles envahissants du développement de Montréal	Organisme communautaire
91	Bureau de consultation Jeunesse	Partenaire
48	Centrale de professionnelles et professionnels de la santé CPS	syndicat
19	Centre d'accueil Father Dowd, St-Andrew et St-Margaret	Établissement
59	Centre de prévention des agressions de Montréal	Organisme communautaire
55	Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN)	Organisme communautaire
86	Centre Dollard-Cormier	Établissement
80	CHU mère-enfant Sainte-Justine	Établissement
22	CLSC des Faubourgs (équipe itinérance)	Établissement
70	Coalition Défi Accès (Comité des 12 M$ manquants)	Organisme communautaire
69	Coalition montréalaise pour le financement des services à domicile	Organisme communautaire
28	Coalition pour le maintien dans la communauté (COMACO) –Santé en actions	Organisme communautaire
29	Coalition pour le maintien dans la communauté (COMACO) –Santé publique	Organisme communautaire
63	Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida Cocq-Sida	Organisme communautaire provincial
13	Collectif en environnement de Mercier-Est	Organisme communautaire
84	Collège communautaire au CRDIM	Organisme communautaire
44	Comité d'action femmes et sécurité urbaine	Partenaires
14	Comité de travail des organismes Familles de la Table de concertation petite enfance d'Ahuntsic	Partenaire

No	Nom de l'organisme	Catégorie
10	Comité des trois tables de concertation en matière de violence conjugale faite aux femmes de Montréal	Groupe de femmes
96	Comité des usagers de l'Hôpital Douglas	Population
17	Comité directeur pour le développement du réseau du CUSM	Établissement
85	Comité permanent de lutte contre la toxicomanie	Réseau
67	Comité régional des associations pour la déficience intellectuelle (CRADI)	Organisme communautaire
57	Comité régional des services en milieu scolaire	Partenaire
74	Comité régional pour les programmes d'accès des services de santé et des services sociaux en langue anglaise	partenaire
88	Commission infirmière régionale	Réseau
87	Commission multidisciplinaire régionale	Réseau
81	Commission scolaire Marguerite Bourgeois	Partenaire
40	Conférence régionale de l'A.H.Q.	Regroupement d'établissements
37	Conseil catholique d'expression anglaise	Organisme socio-économique
50	Conseil central du Montréal métropolitain (CSN)	Syndicat
4	Conseil d'établissement de l'école Victor Doré	Partenaire
76	Conseil régional de développement de l'île de Montréal (CRDIM)	Partenaire
79	Corporation de développement communautaire de Rosemont	Partenaire
90	Curateur public	Partenaire
16	Division psychiatrique transculturelle du CUSM, Service de pédiatrie de Ste-Justine et Département d'anthropologie de l'Université de Montréal	Établissement
94	Farmer, Mme Donna	Population
33	Fédération des infirmières et infirmiers du Québec	Syndicat
77	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec	Organisme médical
52	Fédération des OSBL d'habitation de Montréal	Partenaires
99	Fondation Sommeil : association de personnes atteintes de déficiences reliées au sommeil	Association
73	Forum Jeunesse de l'île de Montréal	Partenaire
56	Guévin, M. André Bernard	Citoyen
20	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	établissement
92	Hôpital général Juif (H. Bergman)	établissement
97	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	établissement
83	Hôpital Sainte-Justine en collaboration avec l'hôpital Notre-Dame du CHUM	Établissement
1	Institut Raymond Dewar	établissement
64	Le Centre Jeunesse de Montréal et les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw	Établissement
93	L'Escale pour Elle	Organisme communautaire
38	Office des personnes handicapées du Québec – La Santé en action	Partenaire
39	Office des personnes handicapées du Québec – La Prévention en action	Partenaire
8	Office municipal d'habitation de Montréal	Partenaire
9	Ordre des ergothérapeutes du Québec	Ordre
65	Ordre professionnel des inhalothérapeutes	Ordre

No	Nom de l'organisme	Catégorie
3	Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec	Ordre professionnel
49	Perreault, Élaine (CHUM)	Employée du réseau
61	Projet Genèse	Organisme communautaire
62	RACOR en santé mentale	Organisme communautaire
15	Regroupement de 4 établissements CLSC de Rosemont – CLSC Olivier-Guimond – Institut Nazareth & Louis-Braille – Institut Raymond Dewar (déficience physique)	Établissement
12	Regroupement des 4 centres hospitaliers psychiatriques de Montréal	Regroupement d'établissements
35	Regroupement des 5 centres hospitaliers de réadaptation	Regroupement d'établissements
66	Regroupement des aidantes et aidants naturels	Organisme communautaire
7	Regroupement des centres de la petite enfance de l'île de Montréal	Partenaire
5	Regroupement des centres de réadaptation en déficience physique de Montréal	Établissements
18	Regroupement des CHSLD	Regroupement d'établissements
78	Regroupement des CLSC	Établissement
26	Regroupement des collèges du Montréal métropolitain	Partenaires régionaux
23	Regroupement des org. communautaires en santé mentale - sous-région Est (ROCSME)	Organisme communautaire
72	Regroupement des organismes de promotion du Montréal métropolitain (ROPPM)	Organisme communautaire
24	Regroupement des organismes en suivi alternatif communautaire	Organisme communautaire
6	Regroupement des sages-femmes du Québec	Org. médicaux
60	Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal	Organisme communautaire
34	Regroupement Naissance Renaissance	Organisme communautaire
42	Réseau d'action des femmes en santé et services sociaux	Organisme communautaire
71	Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes	Organisme communautaire
98	Service à la famille chinoise du grand Montréal	Organisme communautaire
25	Service communautaire CYPRES	Organisme communautaire
11	Société d'implantation du CHUM (SICHUM)	Établissement
36	Suicide Action	Organisme communautaire
30	Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP)	Syndicat
27	Syndicat professionnel des diététistes et nutritionnistes du Québec	Syndicat
21	Table de concertation d'organismes communautaires Action Gardien de Pointe-St-Charles	Organisme communautaire
31	Table de concertation des centres de réadaptation en déficience intellectuelle de Montréal (établissements)	Établissement
47	Table de concertation des groupes de femmes de Montréal	Organisme

No	Nom de l'organisme	Catégorie
		communautaire
95	Table de concertation pour l'intégration en service de garde des enfants présentant une déficience	Organisme communautaire
89	Table des chefs d'urgences de Montréal	Association
41	Ville de Montréal	Partenaire
46	Y des femmes de Montréal	Organisme communautaire

Annexe B : Tableaux des activités réalisées en date du 5 mai 2003

Nom de l'activité	Objectif	Inscription
Audiences publiques 22-23-24 avril, 9 h à 21 h	Possibilité de 120	57 avis déposés avec inscription 42 avis déposés sans inscription 66 lettres d'appui
Forum interactif d'intégration des services 2 avril	150 (3 x 50)	199 personnes pour les : Secteur jeunesse Secteur personnes âgées Secteur santé mentale
Forum de consultation des comités d'usagers 31 mars	70	100 usagers représentant 50 établissements
Atelier thématique sur la disponibilité de la main d'œuvre	90	100

Nom de l'activité	Objectif	Inscription
Forum des partenaires en santé publique :		
Axe 1 : Réduction des inégalités sociales de la santé – *19 mars*	100	125
Axe 3 : Réduction des problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale – *26 mars*	150	230
Axe 4 : Prévention des maladies et des traumatismes – *11 mars*	60 à 70	40
Axe 5 : Prévention des menaces réelles et appréhendées causées par des agents biologiques, chimiques ou physiques – *12 mars*	60 à 70	40

Nom de l'activité	Objectif	Inscription
Consultation avec les médecins généralistes (DRMG)	4 focus group ont eu lieu avec une très grande participation. Tous les médecins ont reçu le document de consultation du DRMG. Un questionnaire intégré a été envoyé aux 2 200 médecins omnipraticiens contenant des propositions issues des 4 plans d'action montréalais sur lesquelles la Régie demande des commentaires. À ce jour, 323 formulaires ont été complétés.	
Des moyens électroniques de consultation (pour les employés du réseau, les médecins et toute personne intéressée)	Sondage auprès des employés du réseau et de la population (211 formulaires ont été complétés).	

Nom de l'activité	Objectif	Inscription
Site Web de la Régie	Tous les documents et résumés français et anglais sont sur le site Internet de la Régie. Depuis la mise en ligne des documents d'information sur le site Web de la Régie le 4 mars : - 4 054 personnes ont visité le site; - 1 813 visiteurs uniques; - 4 322 sessions ont eu lieu; - 14 225 impressions ont été demandées. Le fichier le plus souvent demandé fut le document de consultation avec 530 utilisateurs qui l'ont photocopié 11 963 fois.	
Diffusion du document de consultation	2 500 documents de consultation sur 3 000 ont été distribués.	

Service des communications
2003-05-05

Annexe C : Sommaire « *LA SANTÉ EN ACTIONS* »
Plan d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006

Annexe D : Ressources financières additionnelles requises pour réaliser le plan strantégique 2003-2006 « *LA SANTÉ EN ACTIONS* »

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE